Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tor.. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków 23 stycznia 1886. **№ 4.** Rok XXV.

I. O krążeniu krwi w komorce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

7) Układ tętniczy i limfatyczny komórki zwojowéj.

Przy wielkiém powiększeniu można w nastrzykniętych tworach jeszcze następujące szczegóły rozróżnić:

Ze splotu naczyniowego, który tworzy około zwojowéj torebki rodzaj wieńca, wychodzi naczyńko, które naczyniem dowodzącém (*Vas afferens)* chcę nazywać i rozszerza się tutaj w błonę torebkowatą, która komórkę zwojową otacza. W inném miejscu niestałém zwykle, ale nie zawsze, w bliskości naczynia dowodzącego odchodzi drugie naczyńko, które jak późniéj zobaczymy, ma znaczenie naczynia odprowadzającego (*Vas efferens*) i które opuszczając wyżéj wspomniany uchyłek zwojowy, wlewa się do wieńca naczyniowego torebkę otaczającego. Jedno z tych naczyniek bywa zwykle o wiele cieńsze aniżeli drugie, z których grubsze uważam za doprowadzającą, cieńsze zaś za odprowadzającą tętnicę, opierając się na analogii unaczynienia w kłębkach Malpighiego.

Przestrzeń utworzona pomiędzy ciałem zwojowém z jednéj a uchyłkiem zwojowym otaczającym go z drugiéj strony i wydłużająca się w dopiero co opisane naczynia, jest często zupełnie a nie rzadko tylko w części masą injekcyjną napełniona. Szczególnie w drugim razie przedstawia się najwyraźniéj cały układ dopiero co opisany.

W ostatnim przypadku najwięcéj téj masy pomiędzy zwojami i błoną workowatą w tych miejscach widzieć można, które są najbliższe miejsca wstępu i wyjścia obydwóch naczyń. Masa injekcyjna ma wtenczas zwykle kształt kielicha, w którego zagłębieniu siedzi sam zwój jak żołądź w swéj łupince, jako dowód, że przestrzeń wolna znajdująca się pomiędzy zwojem a jego osłonką w miejscu wejścia i wyjścia naczyń jest największą lub przynajmniéj tam masie injekcyjnéj najmniejszy opór stawia.

Nie jest teraz rzeczą trudną w têm naczyniu dowodzącém i odwodzącém i w ich wspólnym komórkę zwojową otaczającym uchyłku zwojowym rozpoznać znowu błonę zwojową z jéj obydwoma wyrostkami.

Z tego więc wynika, że to cośmy poznali jako błonę zwojową i jéj wyrostki, nie jest niczém inném jak aparatem naczyniowym zwoju.

Poznaliśmy więc dla zwoju właściwe dotychczas zupełnie nieznane unaczynienie. Każda komórka zwojowa ma swą własną tętnicę dowodzącą, która z wieńca naczyniowego wychodzi. Tętnica ta kończy się ślepo woreczkowatém rozszerzeniem. W świetle tego rozszerzenia znajduje się komórka zwojowa. Woreczek sam ma drugie odprowadzające tętnicze naczyńko (*Vas efferens*), które stoi w związku z wieńcem naczyniowym torebki, a w ten sposób z ogólną siecią krwionośną ciała.

Tam gdzie, jak wspomniałem torebka zwojowa w całości jest nastrzykniętą, jest widocznie błona zwojowa w skutek ciśnienia masy rozdarta torując jéj drogę do przestrzeni torebkowéj.

Poznawszy w uchyłku zwojowym i jego wyrostkach narząd naczyniowy zwoju, możemy także łatwo odnaleźć znaczenie torebki zwojowéj wraz z jéj obydwoma rurkowatemi przedłużeniami, które, jak widzieliśmy, przedłużenia uchyłku zwojowego otaczają. Jeżeli tedy te są naczyniami a wśród nich zamknięta przestrzeń światłem naczyniowém, to otaczające je przedłużenia torebki zwojowéj tworzą t. zw. „pochewki okołonaczyniowe“ (*perivasculäre Scheiden)*, a pomiędzy ścianami naczyniowemi a temi pochewkami znajdujące się walcowate przestwory przestworami limfatycznemi. Teraz stoi torebka zwojowa do uchyłku zwojowego w tym samym stosunku jak wyrostki torebki zwojowéj do wyrostków uchyłka zwojowego. Torebka zwojowa przedstawia się więc jako pochewka limfatyczna ciała zwojowego, a jéj przestwór

jako przestwór limfatyczny tegoż. Z tego wynika, że uchyłek zwojowy wraz z jego wyrostkami nie jest niczém inném jak tylko zmodyfikowanym narządem naczyniowym, którego centrum utworzone jest przez komórkę zwojową.

O istocie krążenia w tym aparacie daje wyobrażenie szczegółowe zachowanie się naczynia dowodzącego i odwodzącego.

Najczęściéj przebiegają obydwa naczyńka, których związek z większym pniem naczyniowym łatwo wykazać można, obok siebie i są przy uchyłku naczyniowym zwój zawierającym tuż obok siebie ułożone. Wyjątki jednak od téj reguły nie są wcale rzadkie. A właśnie te wyjątki wyjaśniają nam najlepiéj właściwą cechę krążenia zwojowego.

Szczególnie często zdarza się, że obydwa wspomniane naczyńka znajdują się na przeciwnych punktach, niejako przeciwnych biegunach uchyłka. A zachowanie się to jest tylko anatomicznym wyrazem tego faktu, że naczynia dowodzące i odwodzące nie są jakiemiś dwoma z natury odrębnemi aparatami, lecz że obydwa razem są tylko jednym pniem naczyniowym, który w swéj regularnéj formie przerwanym jest przez pęcherzykowate rozszerzenie.

Że rzeczywiście rzecz się ma tak, jak przypuszczałem, da się wykazać w następujący sposób:

Przedewszystkiém aparat ten nastrzykuje się z tętnic, podczas gdy nastrzykanie z żył, jak późniéj wykażę, zupełnie inne daje wyniki. Następnie naczyńka stoją w ścisłym związku z pniem naczyniowym tętniczym, który według wyniku porównawczego nastrzykania tętnic i żył, jak późniéj wykażę, tylko za tętnicę uważaną być może. Wreszcie krąży w nim krew, która opuściwszy zwój przez naczynie odwodzące często jeszcze wprost do innéj komórki zwojowéj dopływa i naturalnie służy do jéj odżywiania, musi więc zatém być tętniczą.

W ten sposób istnieją całe szeregi komórek zwojowych za pomocą naczyniek w łańcuchy ze sobą połączonych, w których naczynie odprowadzające jednéj komórki zwojowéj odgrywa rolę naczynia dowodzącego dla drugiéj i widocznie téj drugiéj komórce tę samą krew doprowadza, która pierwszą już odżywiła.

Jeżeli więc ta sama krew, ktora odżywiła jeden zwój, dopływa jeszcze do innych komórek zwojowych, to jestto dobitnym dowodem, iż aparat ten prowadzi krew do odżywienia przeznaczoną a zatém tętniczą. Oprócz tego w inny jeszcze i bardzo rozmaity sposób wymiana krwi pomiędzy pojedynczemi zwojami i ich naczyniami przychodzi do skutku. Jeżeli więc, jak widzieliśmy, przez naczynie doprowadzające krew tętnicza do zwoju dopływa i gdy przez naczynie odprowadzające go opuszcza znowu krew tętnicza, to widocznie naczynie dowodzące, odwodzące i rozszerzenie ich, to znaczy uchyłek, przedstawiają jeden pień, tętnicę zwojową.

Okoliczność, że jak wspomnieliśmy, naczynie odprowadzające zwykle jest węższe niż doprowadzające, daje nam poznać właściwość tętniczego prądu zwojowego, która już z nerki jest znaną.

Gdy krew tętnicza zwój opuszczająca wchodzi we względnie węższe łożysko, to musi, podobnie jak krew w kłębku Malpighiego, przed naczyniem odwodzącém doznawać oporu w krążeniu i przez to odpływ swój opóźniać.

Łatwo zrozumieć, że w skutek tego wchodzi ona ze zwojem w ściślejsze zetknięcie się i łatwiéj do odżywienia tegoż zużytkowaną być może. A do jakiego stopnia prąd w tętnicy w otoczeniu komórki zwojowéj musi być powstrzymanym, na to daje pewną miarę wąskość odprowadzającego naczyńka.

Światło jego nie wynosi zwykle więcéj nad jedną dziesięcio do dwudziestotysiączną część millimetra. Należy więc do najmniejszych naczyń ściany posiadających, jakie dotychczas znamy.

8) Żyły międzykręgowego obszaru splotu barkowego.

Układ naczyniowy żylny komórki zwojowéj odnalazłem w następujący sposób:

Obok tętnicy kręgowéj przebiega, jak wiadomo, w kanale utworzonym przez otwory poprzeczne sześciu górnych kręgów szyjnych, pojedynczy pień żylny, w którym się zbiera krew pochodząca z obszaru tętnicy kręgowéj. Ponieważ do obszaru tego, jak doświadczenia moje wykazały, należą także zwoje międzykręgowe szyi, spodziewać się więc mogłem przez szczęśliwe nastrzykanie wykryć także układ żylny w zwojach międzykręgowych i ich elementach.

Wyjmowałem w tym celu z trupów ludzkich część szyjną kręgosłupa, przy zupełném zachowaniu wyrostków poprzecznych i do tychże przyczepionych części miękkich, podwiązywałem żyłę przykręgową na górnym końcu kanału poprzecznego i nastrzykiwałem je od dołu klejem, zabarwionym rozpuszczalnym błękitem pruskim. Następnie po wyjęciu z kanału kostnego zwojów międzykręgowych i stwardnieniu ich badałem je pod mikroskopem. Po wielu nieudanych i cierpliwość na twardą wystawiających próbę nastrzykiwaniach udało mi się wreszcie dotrzeć do właściwego stanu rzeczy.

9) Układ naczyniowy żylny w zwojach międzykręgowych.

Żyły tworzą w podścielisku zwoju międzykręgowego gęstą siatkę, któréj charakter różni się wielce od charakteru siatki tętniczéj.

Siatka prądu tętniczego zwoju, któréj ogólny opis dopieroco podałem, rozpada się, jak wspomniałem, na pojedyncze obręby, a w każdym z nich krótki pieniek główny daje początek znacznéj liczbie długich cienkich już to smukłych, już téż pokręconych gałęzi, które późniéj jeszcze w gałązki się rozpadają. Przez to pieniek taki razem ze swemi gałązkami, jak już wyżéj wspomniałem, posiada wejrzenie krzewu. Podobieństwo to bywa tém większe, że tętniczo nastrzyknięte komórki zwojowe na gałązkach krzewu jak owoce, a w szczególności jak czerwone jagody wiszą.

Sposób rozpołożenia żył w tkance podstawowéj zwoju jest odmienny. Tutaj nie ma pojedynczych obrębów, nie ma pieńków krzewiasto rozgałęziających się, nie ma wreszcie pni odznaczających się od reszty sieci.

Żyły zwojów międzykręgowych tworzą raczéj siatkę mniéj lub więcéj jednostajną i wszędzie równą.

Siatka ta tworzy wszędzie oczka, które mogą być rozmaitéj wielkości, lecz nie mają charakterystycznych odmian i nadają obrazowi wejrzenie monotonne. Zwykle leży w każdém oczku komórka zwojowa. Nie jestto atoli regułą, a tu i tam krzyżuje się czasem jakaś komórka z żyłą.

Jak wielkość oczek, tak waha się i szerokość tworzących je żył. I właśnie ta wielka różnica w szerokości, przy tém znaczne pokręcenie i nieregularność konturów są także w oczy wpadającemi właściwościami, za pomocą których odróżniają się żyły od tętnic. (C. d. n.)

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Na szczęście drenowanie jamy otrzewny staje się zazwyczaj zbytecznem, jak to już poprzednio nadmieniłem, a tam, gdzie mogłoby oddać cenne usługi, tj. przy odprowadzeniu wydzieliny przyrannéj z ognisk martwych miednicy, zastosowane sposobem zwykłym zawodzi niestety w zupełności. Z tych powodów usiłowano już oddawna przeinaczyć w odpowiedni sposób drenowanie miednicy w powyższych przypadkach laparotomij. Już Köberlé, Keith i Sp. Weiss zakładali z rany brzusznéj sączki szklane szerokiéj miary i wydalali wydzielinę ranną co 2—4 godzin w pierwszych dniach za pomocą strzykawki lub za pomocą często zmienianych gąbek, w które wsiąkała wydzielina. Hegar i Kaltenbach drenowali z pomocą osobnego urządzenia równocześnie przez powłoki brzuszne i przez pochwę, a w ostatnich czasach zalecał Hegar (W. Wiedow. *Die Drainage der Bauchhöle und das Bauchspeculum. Berl. Klin. Wochschr.* 1884. Nr. 39) użycie sączków z kauczuku twardego lub szkła, mających w świetle 3—5 cm. szerokości, a więc prawie tak grubych, jak wzierniki pochwowe. Tak gruba rura, długości 18 cm. mająca, zostaje wprowadzona przy laparatomijach przez ranę brzuszną, przy wyłuszczeniu macicy zaś przez pochwę do jamy Douglasa i wypełniona gazą jodoformową, którą zmienia Hegar pierwszego dnia co godzina, następnego co dwie godziny, późniéj co cztery godziny i t. d. Postępowanie to bez porównania żmudniéjszém każdemu się wyda od sposobu, podanego przez Köberlego, a jeśli nadto zważymy, że w jednym przypadku wcisnęła się pętla jelita do szerokiéj rury i mimo użycia tego rodzaju sączka rozwinęło się śmiertelne zapalenie otrzewny, naówczas trudno zachwycić się myślą powziętą przez Hegara. Jedyną w niéj zaletą jest użycie gazy jodoformowéj, która na podstawie włosowatości chłonie wydzielinę rany i usuwa ją na zewnątrz. Korzystając z tych własności gazy jodoformowéj, użyłem jéj również do włosowatego drenowania w sposób, który późniéj bliżéj opiszę. Wspomniałem już poprzednio, że również postępowanie Bardenheuera, który zakłada cały system sączków kauczukowych, a nawet wszywa w miednicę sieć kauczukową lub z katgutu utkaną, nie usuwa przeszkody w odpływie wydzieliny na zewnątrz.

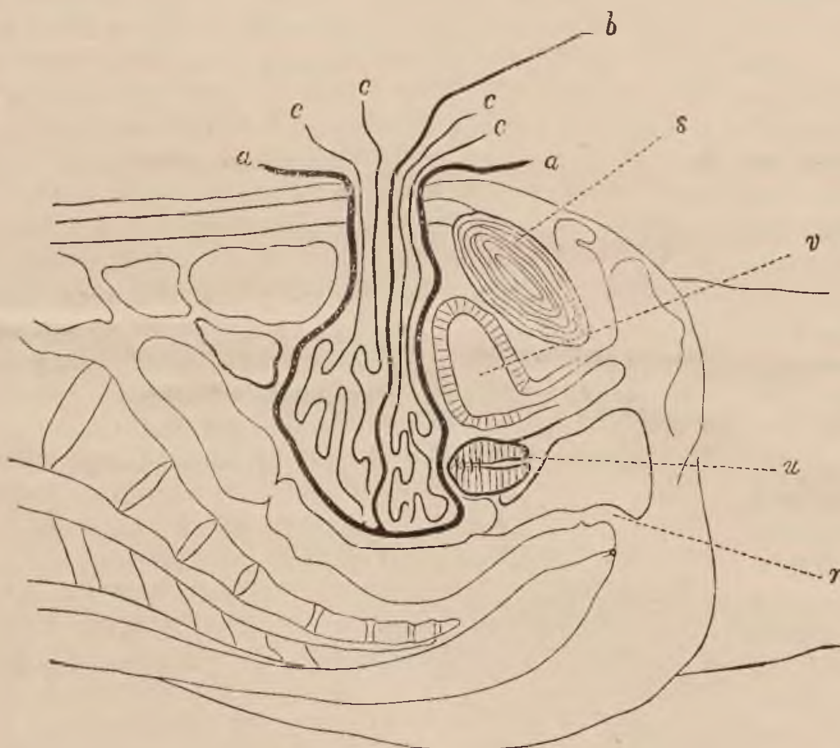
Skoro najróżnorodniejsze odmiany drenowania okazały się nietylko zbyt skomplikowane, lecz nadto wcale nie skuteczne, starano się ogniska martwe, powstające w miednicy, odgraniczyć przedewszystkiém od jamy otrzewny, a następnie drenować je od zewnątrz, jak każdą ranę, leżącą poza otrzewną. Do osiągnięcia zasady téj, rzeczywiście nader słusznéj, zmierzały przedewszystkiém usiłowania wyłuszczenia podotrzewnowego guzów usadowionych w tkance łącznéj miednicy i wytworzenia z ich powłoki otrzewnowéj worka. Koniec worka wszyty w ranę brzuszną, z tego miejsca zaopatrzony był sposobem zwykłym w sączki gumowe. Postępowanie to, podane naprzód przez Minera, Péana i Billrotha, znajduje dzisiaj zastósowanie u przeważnéj liczby chirurgów w ogóle tam, gdzie przeprowadzenie jego jest możebném. Olshausen zaleca prócz oddzielenia powłoki otrzewnowéj również odłuszczenie zewnętrznéj, zbitéj blaszki ze ściany guza, która wraz z powłoką otrzewnową ma służyć do wytworzenia worka, a Schröder pozostawiał dawniéj przy torbielach nawet część ściany torbielowéj. W ostatnich czasach wyłuszcza Schröder również, o ile to jest możebném, guz z pod otrzewny, jednak nie ustala i nie drenuje worka z rany brzusznéj, lecz zaszywa go w zupełności szwem jednociągłym z katgutu, oddzielając w ten sposób jakby przeponą ognisko martwe od jamy brzusznéj. Worek zostaje w zupełności zamknięty, lub też zaopatrzony jest w sączki przez pochwę.

W przypadkach, gdzie worek otrzewnowy tworzyć się nie da, starano się sąsiednią otrzewnę naciągnąć, aby przez to pokryć ranę w miednicy niejako płatem otrzewnowym, lub przynajmniéj odgraniczyć ją od jamy otrzewny. Tak poczynali Péan, Köberlé i Schröder, Hegar zaś powlekał ranę paskami *silk protective*, które wsuwał głęboko w miednicę.

Wyliczone środki, jakkolwiek w wielu razach pomyślnym uwieńczone skutkiem, nie są przecież niezawodne, a również nie wszędzie mogą wchodzić w użycie. W nie małéj liczbie przypadków oddzielenie rany w miednicy od jamy brzusznéj za pośrednictwem powłoki otrzewnowéj jest niemożliwém, a choćby nawet się udało, to otrzewna ochronioną jest tylko od bezpośredniego niebezpieczeństwa ogniska martwego, którego obecność pod otrzewną może sprowadzić w następstwie septyczne zapalenie tkanki łącznéj, za którém znowuż *per contiguum* rozwinąć się może zapalenie otrzewny. Zaopatrzenie sączkami powyższego martwego ogniska, po za otrzewną położonego, łagodzi znacznie jego grozę, lecz nie znosi w zupełności niebezpieczeństwa, jak to poświadcza statystyka Schrödera. Drenowanie podobnego przestworu podotrzewnowego nie odznacza się wcale pewnością skutku, gdyż takowy znachodzi się pod względem mechanicznych i statycznych stosunków dla odpływu wydzieliny w tych samych niekorzystnych warunkach co i cała jama brzuszna; opatrunek uciskowy nie zdoła również ztąd, podobnie jak z innych części jamy brzusznéj, wydalić wydzieliny przyrannéj. Nawet, gdy sączki skierowane są do pochwy, drenowanie nie zyskuje na pewności, gdyż zagłębienie odbytnicowe, względnie jama Douglasa, niżéj leży w położeniu na wznak od sromu i dla tego przyjdzie tu zawsze do nagromadzenia się wydzieliny. Przy drenowaniu przez pochwę zachodzi nadto niebezpieczeństwo zakażenia następowego od zewnątrz, które miało miejsce w dwóch przypadkach Schrödera i skończyło się zejściem śmiertelném. Nader skutecznym jest sposób, którego użył Küster z korzyścią w jednym przypadku. Pokrywszy płatem otrzewny ranę w miednicy wypełnił gazą jodoformową tak powstałą przestrzeń podotrzewnową, któréj otwór uchodził w ranę brzuszną. Ze względu, że pomysł Küstera, nie dający się zresztą wszędzie zastosować, przedstawia wielkie podobieństwo do postępowania mojego, omówię zalety tegoż dopiero po wyłuszczeniu sposobu, użytego przezemnie.— Co do mnie obrałem następującą drogę w przypadkach, gdzie po operacyi powstaje większa rana w miednicy. Kawał jednowarstwowy gazy jodoformowéj 30%, wielkości średniéj chustki kieszonkowéj, przewleczony w środku silną i dość długą nitką jedwabiu aseptycznego, zostaje zanurzony w 5% kw. karbolowym jeszcze przed operacyją, przy któréj należy się spodziewać powikłań w jamie miednicy. W chwili ukończenia śródbrzusznego aktu operacyi należycie wyciśnięty powyższy kawał gazy jodoformowéj zostaje ułożony w formie kapczuku tytuniowego, tak, że nitka jedwabiu leży w pośrodku i wol-

nym końcem zwisa z szyi worka, podczas gdy jéj koniec dolny przyszyty zajmuje najniższy punkt worka.

Za pomocą prostych, lub co lepiéj krzywych kleszczy wsuwam dno worka w głąb jamy rannéj usadowionéj w miednicy aż do najniższego jéj punktu i wypełniam następnie część worka, ułożoną w miednicy całkiem luźno 2—5 długiemi paskami gazy jodoformowéj, tak, aby ściany jego przylegały wszędzie do powierzchni rannéj w miednicy. Szyja worka, zamykająca w swém wnętrzu końce pasków z gazy jodoformowéj, wystercza z dolnego kąta rany brzusznéj, któréj ciąg dalszy w zwykły sposób przez szew zostaje spojonym. Wystające na zewnątrz końce worka i pasków, przyczém uważać należy, aby nie były za krótkie, rozściela się na płask i pokrywa opatrunkiem przeciwgnilnym, który otacza opaska uciskająca cały brzuch. Zamieszczona Fig. I. uzmysławia położenie worka w jamie miednicy po zamknięciu rany brzusznéj.



S. *Symphysis* — *a a* Worek z gazy jodoformowéj.
v. Pęcherz. — *b* nitka jedwabna.
u. Kikut macicy po amputacyi nadpochwowéj.
r. Odbytnica. — *c c c c* paski gazy jodoformowéj.

Otwór w dolnym kącie rany brzusznéj, gdzie tkwi szyja worka, nie może być za wąski, gdyż gaza jodoformowa winna luźno tylko zalegać między płas czyznami cięcia w ścianie brzusznéj, aby wydzielina z głębi się wydobywająca mogła swobodnie odpływać. W razie zaciśnięcia szyi worka przez brzegi rany brzusznéj może przyjść łatwo do zatrzymania się wydzieliny.

Worek wysłany gazą jodoformową spełnia trojakie zadanie:

1. Drenuje dokładnie i niezawodnie ranę jamistą w miednicy. Część worka bowiem stykająca się z powierzchnią ranną wsysa bezpośrednio wydzielinę, która wznosząc się na mocy działania włosowatości aż do szyi worka zostaje wydaloną na zewnątrz. We wszystkich przypadkach, które w ten sposób, leczyłem odpływała istotnie na zewnątrz spora, częstokroć nawet bardzo znaczna ilość rzadkiéj wydzieliny surowiczéj, krwawo ubarwionéj w ciągu pierwszych 24—48 godzin, tak że niejednokrotnie już po kilku godzinach nietylko opatrunek, lecz i prześcieradło silnie przemokło.

2. Worek z gazy jodoformowéj utrzymuje ranę jamistą w stanie aseptycznym, co powtóre zabezpiecza nas od wybuchu zapalenia otrzewny i tkanki łącznéj w miednicy. Nawet w tych przypadkach powikłanych, gdzie w czasie wyłuszczenia guza z jamy miednicy, jelito lub pęcherz doznały uszkodzenia nieprzewidzianego, przez co rana uległa groźnemu zakażeniu, można jeszcze liczyć przy powyższém postępowaniu na przebieg aseptyczny, podczas gdy inne sposoby nie są w stanie zapobiedz septycznemu zapaleniu otrzewny w miednicy. Jak poświadczą historyje chorych, które wkrótce załączę, w żadnym z moich przypadków nie rozwinął się proces septyczny lub postępowy ropny z rany wytworzonéj w miednicy, a wszystkie w ten sposób zaopatrzone przypadki ciężkich o w a r y j o t o m i j i m y o m o t o m i j doznały zupełnego uleczenia. Tylko w jednym przypadku rozlanego gruczolaka macicy *(adenoma papillosum)* rozwinęło się po operacyi septyczne zapalenie otrzewny, wychodzące z górnego otworu miednicy, które przyprawiło chorą na drugi dzień o życie. Przypadek ten jednak był jeszcze w wielu innych względach tak powikłany, że nie mam najmniejszego powodu do przypuszczenia, iż zapalenie otrzewny poczęło się tu z małéj względnie rany jamistéj, wyścielonéj gazą jodoformową. Oględziny pośmiertne wykazały między innemi, że jeden jajnik (pozostały) przeobrażony był oddawna w worek ropiasty wielkości jaja kurzego, zkąd prawdopodobnie wzięło początek zapalenie otrzewny.

3. W opisany wyżéj sposób postąpić można w każdym przypadku, bez względu na to, czy udaje się wytworzenie worka z torebki lub powłoki otrzewnowéj guza czy téż natrafia na przeszkody. W pierwszym razie należy przedewszystkiém wszyć worek z otrzewny w dolny kąt rany brzusznéj i dopiero następnie wypełnić go workiem z gazy jodoformowéj. Jeśli zaś powierzchnia ranna w miednicy pozostaje bez pokrycia, tak że całkiem swobodnie łączy się z jamą otrzewny, wówczas worek z gazy jodoformowéj zastępuje bezpośrednią powłokę rany, a szyja jego wolna w tym wypadku przebiega przez jamę otrzewny ku ranie zewnętrznéj, otoczona częściowo lub całkowicie trzewami, okrytemi prawidłową otrzewną. W podobnych razach wypełnia worek z gazy trzeci z rzędu cel, tj. odgranicza ranę miednicy od jamy otrzewny. Jak każde ciało obce wywołuje on wszędzie tam zrosty, gdzie styka się z prawidłową otrzewną, w następstwie czego przychodzi rychło do wytworzenia się otorbionéj jamy, obejmującéj worek z gazy. Okoliczność ta upraszcza nader dalszy przebieg tychże przypadków.

Następowe leczenie streścić się daje w ogóle w sposób następujący. W ciągu pierwszych 48 godzin, kiedy rana wydaje największą ilość wydzieliny, worek z gazy wraz z treścią pozostaje nietknięty; co najwyżéj wolno zmienić opatrunek zewnętrzny, jeśli uległ zupełnemu przesiąknięciu wydzieliną. W każdym razie lepiéj będzie, jeżeli można, zaniechać wszelkiego działania, aby przez to nie zakłócać spokoju brzucha, niezbędnego dlań w tym czasie. Po 48 godzinach można już zazwyczaj wydobyć wszystkie paski gazy wprowadzone do worka, co łatwo da się uskutecznić przez ostrożne wyciąganie pojedynczych kawałków. Skutkiem ucisku nasuwających

się w to miejsce trzew, zapadają się zaraz ściany worka, w którego szyję wprowadza się teraz dla wszelkiego bezpieczeństwa dren średnicy małego palca i długi na 5—6cm. stosownie do grubości powłok brzusznych; inaczéj łatwo mogłoby nastąpić obciśnięcie szczelne szyi worka przez brzegi rany zewnętrznéj, a przez to zastój wydzieliny następowo jeszcze z głębi wyciekającéj. Przez dalsze 2—3 dni opatrunek pozostawia się znowu bez zmiany. Piątego lub 6 dnia od operacyi, t. j. w czasie kiedy wydzielina przy prawidłowym przebiegu opadła *ad minimum*, zostaje usuniętym cały worek z gazy jodoformowéj. Bez trudności udaje się to przy pomocy nitki jedwabnéj umocowanéj na dnie worka (fig. I, *b*). Pociągając bowiem ostrożnie za nitkę jedwabiu, odczepia się najprzód punkt najniżéj położony, a przy dalszém ciągnieniu wynicowuje się cały worek i bez znacznego szarpania oddziela się od przylegającéj doń powierzchni rannéj. Po usunięciu całego worka wprowadza się na jego miejsce sączek silny, 8—12cm. długi, który przy następnych zmianach opatrunku, w miarę jak wydzielina się zmniejsza, ulega skracaniu lub zupełnemu oddaleniu. W kilku przypadkach mogłem już w przeciągu kilku dni w zupełności sączek usunąć, gdyż bardzo skąpa tylko ilość wydzieliny śluzowo-surowiczéj przesiąkała do opatrunku; rana jamista bez ropienia zaciągnęła się przez rychłozrost. W innych razach dołączało się małoznaczne ropienie krótkotrwające, przyczém jednak gojenie rany bynajmniéj nie doznało upośledzenia, a jama zasklepiała się w tych przypadkach zazwyczaj w drugim albo trzecim tygodniu. W jednym tylko przypadku, przebiegającym zresztą bez zaburzeń, utrzymywała się przetoka, bardzo mało wydzielająca, która zwolna tylko pomniejszając się, jeszcze w trzy miesiące po operacyi nie uległa zabliźnieniu.

Obecnie przystąpię do skreślenia przebiegu choroby odpowiednich przypadków. (C. d. n.)

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

I. Etyjologija dyfteryi.

Dyfteryja występuje albo sporadycznie od czasu do czasu, zwłaszcza w okolicach będących ulubioną jéj siedzibą, albo téż epidemicznie i zrządza w niektórych krajach, jak np. na Podolu i wschodnich powiatach Galicyi, ogromne spustoszenia, szczególniéj między dziatwą włościańską i żydowską. Jak olbrzymia ilość dzieci zapada rok rocznie na tę morderczą chorobę jedynie tylko w naszym kraju, wywnioskować możemy z dat statystycznych zebranych z lat 5, tj. od r. 1878 do r. 1882[1]). I tak w r. 1878 umarło z błonicy i dławca osób 18.489 (sprawdzono urzędownie chorobę tę w 388 miejscowościach 43 powiatów w 14.342 przypadkach z śmiertelnością 47·6%); w r. 1879 umarło 13.335 osób (sprawdzono w 318 miejscowościach 49 powiatów w 8.397 przypadkach z śmiertelnością 46·7%), w r. 1880 umarło 15.387 (sprawdzono w 217 miejscowościach 44 powiatów w 5.620 przypadkach z śmiertelnością 45·5%), w r. 1881 umarło 15.764 (sprawdzono urzędownie w 166 miejscowościach 44 powiatów w 3.472 przypadkach z śmiertelnością 40%), a w r. 1882 zmarło z powodu błonicy 16.975 osób (sprawdzono zaś chorobę tę w 162 miejscowościach 44 powiatów w 3.845 przypadkach z śmiertelnością 38·8%).

Z cyfr przytoczonych wynika, że w tych 5 latach w Galicyi umierało jedynie skutkiem błonicy i dławca blisko 16.000 rocznie osób (razem 79.950), a obliczając średnio śmiertelność tylko na 40%, musimy przypuścić, że zatém rocznie zapadało na dyfteryję koło 40.000 osób. Lubo urzędownie nie zdołano sprawdzić wszystkich przypadków, to jednak już cyfry powyżéj wyszczególnione w przeciągu tych lat 5 podają poważną sumę 35.676 sprawdzonych przypadków z przerażającą cyfią śmiertelności 16.148 czyli 45·1%. Główną zaś siedzibą dyfteryi w kraju naszym są powiaty wschodnie, położone w sąsiedztwie Bukowiny i Podola rosyjskiego [1]), powiaty wprawdzie dość ludne i bogate pod względem obfitych plonów żyznéj ziemi, lecz w porównaniu z zachodnią częścią Galicyi stojące na bezsprzecznie niższym stopniu cywilizacyi, co się odbija w sposobie życia włościan, w ich mieszkaniach, przeważnie bardzo nędznych, ciasnych i przeludnionych, w nędznym sposobie żywienia się i zabobonach stojących na przeszkodzie w wypełnianiu najprostszych i najracyjonalniejszych zarządzeń tamujących szerzenie się chorób zaraźliwych.

Pod względem ilości przypadków śmierci, jaką kraj nasz w ofierze składa temu strasznemu Molochowi naszych czasów, przoduje również Galicyja innym krajom Rzeszy rakuskiéj; jeżeli bowiem uwzględnimy wspomniane powyżéj pięciolecie od r. 1878 do 1882 i obliczymy śmiertelność z powodu błonicy w stosunku do 100.000 mieszkańców, to na Galicyję przypada cyfra między 341 a 225, podczas gdy na Tyrol i kraj przedarulański przypada zaledwie cyfra między 29 i 102. Pod tym względem najbardziéj do Galicyi zbliżonemi są kraje należące do Cislitawii: Kraina z cyframi 160 i 372 i Styryja z 117 i 266, a przewyższa wszystkie Bukowina, pod wielu względami jeszcze niżéj stojąca od Galicyi, z cyframi 2162 w r. 1878, 842 w r. 1879 i 405 w r. 1882. Dla uzupełnienia tego nudnego wprawdzie, lecz pouczającego szeregu cyfer dodam w końcu, że liczba przypadków śmierci notowana urzędownie w powyższém pięcioleciu w połowie cislitawskiéj monarchii rakusko-węgierskiéj waha się między 36.648 (r. 1881) a 56.973 (r. 1878), i że w ogóle dyfteryja z pomiędzy zwykłych chorób zakaźnych rok rocznie największą liczbę ofiar pochłania (*Statistik des Sanitätswesens der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder*. 1878, 1879, 1880, 1881, 1882).

Co do wpływów klimatycznych i tellurycznych i oddziaływania ich na rozszerzenie się dyfteryi, to muszę nadmienić, że dyfteryja pojawia się we wszystkich zakątkach ziemi, i to tak w krajach zimnych jak i ciepłych, jak to już i rys historyczny pojawiania się téj choroby udowadnia, jednakowoż przyznać należy, że strefa umiarkowana jest najulubieńszą jéj siedzibą, podczas gdy w krajach podzwrotnikowych rzadziéj się pojawia. — Tak samo, jak klimat, nie wywiera również wpływu na pojawianie i rozszerzanie się dyfteryi wzniesienie krajów nad poziom morza, choroba ta bowiem pojawia się zarówno w okolicach górzy-

[1]) Sprawozdania c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1878, 1879, 1880, 1881 i 1882, str. 11, 32, 58, 8 i 30.

[1]) Odczyt Dra Rollego z Kamieńca podolskiego: „O błonicy na Podolu“, zamieszczony w Dzienniku 3go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, str. 73.

stych, jak i na nizinach; tak np. w powiecie tureckim, położonym w Karpatach galicyjskich, nad samą granicą węgierską z powietrzem nader czystém, z chatami kurnemi budowanemi z drzewa i rozrzuconemi na wielkiéj przestrzeni, szerzyła się błonica z tą samą złośliwością i uporczywością, co i w powiecie buczackim we wsiach położonych nad Dniestrem. Predylekcyja ta dyfteryi do obierania sobie siedzib nad rzekami i potokami i posuwania się wzdłuż biegu tychże pochodzi najprawdopodobniéj ztąd, że nad brzegami rzek tworzą się skutkiem wylewów tychże mniejsze lub większe moczarowate przestrzenie, w których albo nieznany nam przyrzut chorobowy znajduje nader korzystne warunki do rozwoju i stanowi następnie źródło zakażenia, albo też, co pewniejsze, cząstki rozkładowe, gnijące działają do tego stopnia szkodliwie na ustrój ludzki, że zmniejszając odporność organizmu, potęgują równocześnie skłonność do ulegania błonicy. Epidemije błonicy, jak sam spostrzegałem i leczyłem w ciągu lat 6 tak w powiecie tureckim jak i w buczackim, a odznaczające się złośliwością i znaczną skutkiem tego śmiertelnością, zdarzały się zawsze we wsiach przerzniętych potokami z łąkami nadbrzeżnemi, często przez te potoki zatapianemi. Tak np. w Tureczkach wyżnych, miejscowości położonéj blisko granicy węgierskiéj, ale nad łąkami moczarowatemi, panowała w listopadzie w r. 1880 epidemija dyfteryi z charakterem bardzo złośliwym, albowiem na 15 leczonych chorych umarło 9; w Tarnawie niżnéj, położonéj nad Sanem w powiecie tureckim, zdarzyło się we wrześniu 1881 r. 14 przypadków śmierci na 24 przypadków błonicy; w powiecie buczackim w Koropcu, miejscowości położonéj nad Dniestrem i wpływającym doń potokiem, zwanym Koropczykiem, umarło od września do 12 grudnia 1881 r. 47 dzieci z błonicy z pomiędzy 67 przez chorobę tę dotkniętych, w Ossowcach nad Strypą z brzegami błotnistemi i łąkami często przez tę rzekę zatapianemi umarło we wrześniu 1882 11 dzieci skutkiem błonicy z pomiędzy 23 leczonych; w Ladzkiém w pobliżu rzeki Złotéj Lipy i Dniestru, położoném nad łąkami moczarowatemi, panowała dyfteryja niemal przez cały rok 1882 i na trzy zawody była urzędownie sprawdzaną i leczoną, a na 119 przypadków chorobowych zdarzyła się śmierć 39 razy (tj. 33%); w Buczaczu nad Strypą z brzegami błotnistemi i nad potokami do niéj wpływającemi było w r. 1882 97 przypadków śmierci z powodu dyfteryi (10.000 mieszkańców), a w Nagorzance, ktora stanowi niejako przedmieście Buczacza i znacznie wyżéj leży na wzgórzach ponad dopływami Strypy, było w tymże czasie również 25 przypadków śmierci z powodu téjże choroby. Przykłady te aż nadto dobitnie dowodzą, że i przestrzenie moczarowate, złe higijeniczne warunki pewnéj miejscowości nader sprzyjają rozwojowi i szerzeniu się dyfteryi.

Tak samo i n i e d o b r e w a r u n k i h y g i j e n i c z n e m i e s z k a n i a, kloaki niemające należytego odpływu, wilgotne ściany, duszne powietrze w mieszkaniach itp. sprzyjają nader powstawaniu dyfteryi i potęgują jéj złośliwość. Tak zrobiłem spostrzeżenia w Buczaczu, że w domu, w którego piwnicach nagromadziła się woda zaskórna bez należytego odpływu, wszystkie dzieci wyginęły na błonicę, a dopiero po oczyszczeniu piwnic i przeprowadzeniu dezinfekcyi dom ten stał się napowrót mieszkalnym, a błonica między dziećmi późniéj dom ten zamieszkującemi już się potém nie pojawiła.

Chociaż powszechnie i poniekąd słusznie rozpowszechnionem jest mniemanie, że p o r a r o k u nie ma żadnego wpływu na pojawianie się i wygasanie dyfteryi, to jednak zaznaczyć muszę na podstawie własnych spostrzeżeń, że choroba ta z pewną predylekcyją s z e r z y s i ę w z i m n i e j s z é j p o r z e r o k u, z w ł a s z c z a w p ó ź n é j j e s i e n i, a to najprawdopodobniéj z tego powodu, że wówczas szkodliwe wpływy atmosferyczne więcéj i w dotkliwszy sposób dzieci nagabują, że organizmy tychże są przez działanie tych czynników skłonniejszemi do przyjęcia i rozmnażania jadu dyfterytycznego. Tak np. w mieście powiatowém Buczaczu, liczącém 10.000 mieszkańców, szerzyła się błonica w m. listopadzie i grudniu 1881 r. ze znaczną gwałtownością i porwała 97 ofiar, podczas gdy przedtém i potém w lecie zdarzały się zaledwie tylko sporadyczne przypadki téj choroby. Z tego jednak nie wynika, że w innych porach roku błonica już się nie pojawia, sam bowiem spostrzegałem całe epidemije błonicy w miesiącach letnich a nie mogłem sprawdzić, aby epidemije w ciągu lata przebiegały łagodniéj, niż w zimie, na jedno tylko nacisk położyć muszę, tj. na tę okoliczność, że powietrze suche, mroźne nie sprzyja szerzeniu się choroby, podczas gdy powietrze dżdżyste rozszerzanie się dyfteryi nadzwyczaj podsyca. Tak np. w ciągu zimy 1883 na 1884 we wsi Ostrze położonéj nad samym Dniestrem, który często wylewa i pozostawia kałuże, szerzyła się błonica w miesiącach październiku i listopadzie 1883 na 1884 w sposób zatrważający, a śmiertelność wynosiła 60%, podczas gdy z nastaniem mrozów, po zamarznięciu wszystkich kałuż, epidemija błonicy dziwnie złagodniała, odsetka śmiertelności obniżyła się do 9%, a choroba w połowie stycznia 1884 zupełnie wygasła.—Dr. Rolle (l. c.) również oznacza *maximum* natężenia epidemii dyfteryi na październik i listopad, a *minimum* na kwiecień i maj, a to w stosunku, jak 5:1

C o d o w i e k u, to błonica szczególniéj groźną jest dla dzieci i to zwłaszcza dla dzieci między 1 a 5 rokiem życia. W pierwszym roku życia rzadziéj ona się zdarza, lecz sam widziałem, jak i noworodki padały ofiarą téj złośliwéj choroby. Powyżéj lat 5 nagabuje dyfteryja również bardzo często dzieci, zwłaszcza między 5 a 10 rokiem życia, a dopiero powyżéj lat 10 ilość przypadków znacznie się zmniejsza, powyżéj zaś lat 20 przypadki błonicy są już bardzo rzadkie. Co do wieku późniejszego, to spostrzegałem sam przypadki błonicy powyżéj lat 30, 40, a nawet 60 a i obecnie mam w leczeniu pannę przeszło 30 letnią, która po przebyciu dyfteryi z dość ciężkim przebiegiem przez kilka tygodni cierpiała na objawy białkomoczu z tego tylko powodu. W ogóle można, według obliczeń dokonanych przez Zitta, odsetkowo oznaczyć, że na pierwsze 2 lata życia przypada 40% z ogólnéj sumy przypadków błonicy, na rok 3 i 4 życia 32%, między rokiem 5 6 15%; między 7 i 8 $5\frac{1}{2}$%, między 9 i 14 5%; pozostałe zaś $2\frac{1}{2}$% przypada na wiek późniejszy. Obliczenia Dra Rollego z Kamieńca Podolskiego (l. c.) brzmią mniéj więcéj w sposób podobny, chociaż w epidemii błonicy, która panowała na Podolu w latach 1877 do 1881, znaczna również liczba młodzieży obojéj płci chorobie téj podpadała, gdyż Dr. Rolle zalicza od 10—15 lat 22%, od 15—20 12%, a 55% na pierwsze lata życia tj. od 1—10 r. życia. W epidemii błonicy, która panowała w Wiedniu w latach 1878 i 1879 podaje Dr. Herz *(Aus der letzten Diphtheritis-Epidemie von Dr. Max. Herz in Wien. Wiener medizinische Wochenschrift* Nr. 42, 43, 44, 50 1879) również cyfry zgadzające się z obliczeniami Zitta. (C. d. n.).

IV. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

IV. Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Wyniki pod względem bystrości wzroku po operacyi katarakty są następujące:

	Rok 1883.		Rok 1884.	
Bystrość wzroku	Ilość przypadków	%	Ilość przypadków	%
$V^6/_6$	1	2·22	5	7·81
$V^6/_9$	—	—	7	10·94
$V^6/_{12}$	5	11·11	13	20·31
$V^6/_{18}$	4	8·88	14	21·87
$V^6/_{24}$	16	35·55	7	10·94
$V^6/_{36}$	8	17·77	7	10·94
$V^6/_{60}$	8	17·77	3	4·69
$V^3/_{60}$	1	2·22	1	1·56
$V\frac{1}{\infty}$	2 (bez nadziei)	4·44	6 (2 z nadz.)	9·37
V=0	—	—	1	1·56

Zupełnie pomyślny rezultat (V większe lub przynajmniéj równe $^1/_{10}$), otrzymaliśmy więc w 98 przypadkach, co stanowi 89·91%; dwa razy (1·83%) z powodu pozostałych licznych szczątków kory wynik był mierny ($S^3/_{60}$); dwa przypadki (1·83%) nadają się do powtórnéj operacyi; u siedmiu (6·42%) straciliśmy oczy bez nadziei przywrócenia wzroku.

Tak wielkiéj odsetki strat nie ponieśliśmy ani w przypadkach, objętych sprawozdaniem prof. Rydla, ani w sprawozdaniu następném, podaném przez Dra Macheka, tak, iż dwulecie, z którego obecnie zdajemy sprawę, zaliczyć nam wypada stanowczo do względnie mniéj pomyślnych okresów czasu, jakie się w każdym zakładzie i w zawodzie każdego operatora naprzemian z szczęśliwemi wydarzają. To też w ocenianiu wyników operacyjnych, a względnie wartości różnych sposobów operowania tylko na wielkich liczbach, obejmujących przypadki operowane w ciągu dłuższego czasu, opierać się należy, jeżeli mylnych wniosków uniknąć chcemy.

Zestawiając wszystkie przypadki zaćmy samorodnéj (*catarracta spontanea*), operowane sposobem obwodowym linijowym Graefego od października 1869 r., tj. od czasu objęcia kliniki okulistycznéj przez prof. Rydla aż po koniec 1884 roku, a zatém w ciągu lat 15 z górą, otrzymujemy następującą odsetkę strat:

W sprawozd. prof. Rydla	na 319 oper.	stracono	16 ócz	czyli	5·02%
„ „ Dr. Macheka	„ 308	„	„ 11	„	3·57%
„ „ obecném	„ 109	„	„ 7	„	6·42%
Razem	„ 736	„	„ 34	„	4·62%

Na całą liczbę 736 operacyj ropne zapalenie gałki ocznéj wydarzyło się tylko 9 razy (1·22%) a na ostatnich 417 przypadków, objętych sprawozdaniem Dra Macheka i niniejszém tylko raz jeden czyli 0·24%, co zapewne postępowaniu przeciwgnilnemu, stósowanemu w ostatnich latach przypisać należy.

Porównawszy pojedyncze pozycyje wyników pomyślnych w wykazie powyższym spostrzegamy, że w roku 1883 w największéj liczbie przypadków (35·5%) osiągnęliśmy $^1/_4$ prawidłowéj bystrości wzroku, zupełnie prawidłową osiągnięto tylko raz jeden (2·2%). Wyższy lub niższy stopień bystrości wzroku po operacyi sposobem obwodowym linijowym Graefego zawisł, jak wiadomo, głównie od następujących trzech okoliczności: *a)* Astygmatyzm regularny, a po części i nieregularny, wywołany cięciem rogówkowém; *b)* olśnienie z powodu sztucznéj szczeliny tęczówkowéj; *c)* cieńsza lub grubsza zaćma wtórorzędna. Niezależnie zaś od operacyi występuje jako czwarty czynnik stałe z wiekiem podupadanie bystrości wzroku, mające przyczynę prawdopodobnie w zmianach schyłkowych siatkówki. Stosując szkła walcowate, możemy w wielu przypadkach usunąć szkodliwy wpływ pierwszego z wymienionych czynników i podnieść częstokroć bardzo znacznie bystrość wzroku, o ile się ona z powodu zboczeń krzywizny rogówkowéj niedostateczną okazuje. Szczególną uwagę poświęcałem pod tym względem operowanym w ciągu roku 1884 próbując systematycznie u wszystkich wpływu szkieł walcowatych. Nakład czasu i cierpliwości opłacił się sowicie, gdyż na 57 ócz operowanych z wynikiem pomyślnym zdołałem bystrość wzroku w 20 (35%) znacznie poprawić, jak to następujące zestawienie wykazuje:

z $V^6/_{60}$	na $^6/_{36}$	w 1	przypadku
z $V^6/_{36}$	„ $^6/_{18}$	w 1	„
z $V^6/_{24}$	„ $^6/_{18}$	w 1	„
z $V^6/_{24}$	„ $^6/_{12}$	w 2	„
z $V^6/_{18}$	„ $^6/_{12}$	w 5	„
z $V^6/_{18}$	„ $^6/_9$	w 3	„
z $V^6/_{12}$	„ $^6/_9$	w 2	„
z $V^6/_{12}$	„ $^6/_6$	w 2	„
z $V^6/_9$	„ $^6/_6$	w 3	„

Astygmatyzm wynosił najczęściéj + 1·50 do 2 D, rzadziéj + 1 D lub + 2·5 D. Większego nad 2·5 D nigdy nie stwierdziłem. W przeważnéj liczbie przypadków oś walca zbaczała jednym lub drugim końcem od pozioméj o rozmaitą ilość stopni; w 7 tylko przypadkach była oś zupełnie poziomą. Południk więc rogówkowy o najmniejszéj sile załamania światła rzadko przebiegał zupełnie pionowo, częściéj natomiast zbaczał górnym końcem już to w prawo już to w lewo od pionu. Podczas gdy w roku 1883 na V od $^1/_4$ aż do $^1/_{10}$ wypada 70·9%, a na V=1 aż do $^1/_3$ tylko 22%, przypada w roku 1884 na $V^1/_4$ aż do $^1/_{10}$ 27·9%, a natomiast na V=1 aż do $^1/_3$ aż 61·0%. Podczas gdy w r. 1883 osiągnęliśmy zaledwie w 2·2% całkowitą bystrość wzroku, otrzymaliśmy ją w r. 1884 w 7·8%.

Wyniki te dowodzą potrzeby próbowania szkieł walcowatych u każdego operowanego na kataraktę.

Znaną jest rzeczą, że w przebiegu białkomoczu występują nierzadko zboczenia chorobowe w oku jako następstwo cierpienia nerkowego, już to jako proste niedowidzenie rozmaitego stopnia, bez zmian chorobowych przedmiotowo wykazać się dających (*amblyopia uraemica*), już też jako zapalenie siatkówki. Zboczenia chorobowego w zakresie soczewki dawniéj nie uważano. Wprawdzie Gałęzowski przypuszcza możność powstania katarakty pod wpływem albuminuryi, Hogg zaś w „*The medical Press*“ 1873 przytacza luźnie jeden obserwowany przypadek, ale dopiero pierwszy Deutschmann z Getyngi zwrócił na ten przedmiot uwagę okulistów, ogłosiwszy w „*Graefes Archiv für Ophthalmologie*“ XXV B. 4 Abth. swe pierwsze spostrzeżenia poczynione w tym kierunku. Autor opierając się na obserwacyjach poczynionych na bardzo szczupłéj liczbie chorych przychodzi do przekonania, że tak jak *diabetes* tak i *nephritis chronica* może dać powód do powstania katarakty. Badania najdokładniejsze moczu i narządu krążenia u 21 osób (po 40 roku życia) dotkniętych zaćmą, wykazały u 7 (33·3%) powikłanie z cho-

robą nerkową pod postacią *nephritis chronica* (białko i wałeczki Belliniego w moczu, przerost i dylatacyja lewego serca). Autor przyznaje, iż nie umie sobie zdać sprawy na razie ze sposobu powstawania zaćmy pod wpływem zapalenia nerek, tém bardziéj, że u chorych obserwowanych nie było charłactwa a białka w moczu znajdował się zaledwie ślad. Słusznie więc spotyka się D. wkrótce z zarzutem ze strony O. Beckera (*Jahresbericht der Ophthalmologie v. Nagel f. d. J.* 1879), że z tak małéj liczby spostrzeżeń nie wolno wysnuwać żadnych wniosków o związku zaćmy z *nephritis*, napotkanie bowiem tych dwóch chorób równocześnie u tego samego chorego mogło być tylko przypadkowém. — W 3 lata późniéj spotykamy się znów z rozprawą D. w tym przedmiocie (*Archiv* r. 1883), w któréj tenże, opierając się na obserwowanych 226 chorych z zaćmą niepowikłaną, uważa *nephritis chronica* za czynnik etyjologiczny wywołujący zaćmę. Na 226 dotkniętych zaćmą wykrył on u 26 albuminuryję; z tych u 12 były w osadzie wałeczki Belliniego, w pozostałych zaś 14 nie było tychże; mogąc jednak z powodu zupełnego braku ciałek ropnych lub przybłonków w osadzie wykluczyć zapalenie pęcherza lub miedniczek nerkowych, sądzi, iż te ostatnie przypadki do *nephritis* również zaliczyć należy. W ten sposób przypadałoby na 226 dotkniętych zaćmą 11·1% cierpiących *nephritis*, procent zaś wyżéj przytoczony 33·3 uważa Deutschmann za przypadkowo zbyt wysoki. — Zaburzenia w odżywianiu ciałka szklanego w przypadkach *Nephritis* uważa D. za przyczynę powstawania katarakty. Przytaczając w końcu następujące słowa Beckera, wyjęte z jego dzieła „*Über gesunde und kranke Linse*“, „*Da an Greisenstaar immer, wenn auch nacheinander, beide Linsen eines Individuums erkranken, so müssen die Ursachen für die in der Linse auftretenden Veränderungen in den Säften des ganzen Organismus, in der Organisation des Individuums begründet sein*“, sądzi D., iż właśnie ta zmiana soków w organizmie, wywołująca kataraktę schyłkową, ma źródło swoje często w zmianach chorobowych nerek.

Pragnąc wyrobić sobie własny sąd w tym kierunku a zarazem przyczynić się choć w części do wyjaśnienia téj sprawy, dotąd bardzo jeszcze wątpliwéj, przedsięwziąłem, idąc za wskazówką prof. Dra Rydla odpowiednie badania w tutejszéj klinice. Czas obserwacyi obejmuje 12 miesięcy, w ciągu których badano wszystkich chorych dotkniętych zaćmą, przyjętych do kliniki stałéj bez względu na rodzaj zaćmy. Zwracano głównie uwagę na mocz, narząd krążenia a po części na wywiady.—Mocz badano w każdym poszczególnym przypadku z największą ścisłością tak chemicznie jak i pod mikroskopem w pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego przez Dra Wiczkowskiego. Liczba chorych obserwowanych w tym czasie wynosi 72, po wykluczeniu chorych z zaćmą powikłaną innem cierpieniem oka lub ustroju całego, np. *diabetes*. Nasze spostrzeżenia odnoszą się więc wyłącznie do zaćm niepowikłanych i to przeważnie schyłkowych (*catarracta senilis simplex*).

Rozbiór moczu u tych 72 chorych dał wynik następujący:

1) U 5 chorych nie było ani śladu białka.

2) U pozostałych 67 można było zawsze wykazać białko i to od śladu zaledwie spostrzegalnego aż do ilości zupełnie wybitnéj. Średnia ilość białka wynosiła od 0·004% aż do 0·01%.

a) W 11 z tychże ilość białka odpowiadała w zupełności ciałkom ropnym i komórkom przybłonkowym pęcherza, nagromadzonym licznie w osadzie.

b) Z pozostałych 56 chorych:

α) W 39 przypadkach ślad białka był zaledwie spostrzegalny, a osad nic nie wykazywał.

β) W 15 przypadkach ślad białka był wybitny, osad również nic nie wykazywał.

γ) U 2 zaś chorych obok wybitnego śladu białka znajdowały się liczne wałeczki Belliniego w osadzie.

U 4 tylko chorych należących po części do grupy β) i γ) można było stwierdzić wybitny przerost lewego serca, wynik wywiadów był zaś tak niepewnym, iż żadnych wniosków z niego wysnuwać nie można. Polegać więc trzeba prawie wyłącznie na powyższym wyniku rozbioru moczu. Ponieważ u 15 chorych ślad białka daje się zupełnie dobrze usprawiedliwić cierpieniem nieżytowém pęcherza, a co najwięcéj miedniczek nerkowych, sądzę, iż przypadki te od białkomoczu, mającego przyczynę w nerkach zupełnie oddzielić należy. Pozostaje więc 56 chorych (77·7%), u których białkomocz możemy odnieść do nerek. Jak różnorodne sprawy w tychże mogą dać powód do białkomoczu, znaném jest powszechnie; wspomnę tutaj tylko przekrwienie bierne, rozmaite postacie *nephritis* i zwyrodnienie skrobiowate. Nie należy zapominać, iż w wieku schyłkowym u zupełnie zdrowych ludzi wykazać można czasem białko w moczu, już to przemijająco już téż stale. Zdaje mi się więc, iż nie byłoby usprawiedliwioném twierdzenie, że we wszystkich naszych 56 przypadkach toczyła się jakaś sprawa chorobowa w nerkach, sądzę owszem, że u tych 39 chorych, u których był zaledwie ślad białka podstawy chorobowéj w nerkach zupełnie nie było, tém bardziéj, iż jak to poniżéj wspomnę mieliśmy do czynienia z osobami starszemi, przeważnie po 40 roku życia.

Tak więc pozostaje nam 17 chorych (23·6%) z wybitnym śladem białka, u których z wszelkiem podobieństwem do prawdy cierpienie nerkowe przypuścić możemy, o którego jednak przyrodzie tylko w 2 przypadkach na pewne orzekać możemy, iż jest ono chroniczném zapaleniem (*nephritis chronica*) (2·8%), a to w tych, u których w osadzie, po kilka razy badanym, znajdowała się zawsze znaczna ilość wałeczków Belliniego.

Czy zaćmienie soczewki u tych 17 chorych wystąpiło w następstwie cierpienia nerkowego, lub czy téż oba te cierpienia były zupełnie niezależne od siebie, stanowczo odpowiedzieć na razie nie możemy, wymaga to bowiem znacznie liczniejszych spostrzeżeń. Sądzę jednak, że nie mylę się twierdząc, iż u wspomnianych 17 chorych, a więc w 23·6%, u których *albuminuria* była dość silną, a odżywienie ustroju pozostawiało dużo do życzenia, cierpienie nerkowe nie było bez wpływu na powstanie zaćmy. Ponieważ jednak tylko 2 razy wykazaliśmy zapalenie nerek, w pozostałych zaś 15tu pewnych danych do takiego rozpoznania nie było, sądzę, iż nie *nephritis* jako taka, lecz towarzysząca jéj *albuminuria*, a więc tém samém i każda inna sprawa chorobowa w nerkach, dająca powód do długotrwałéj i dość obfitéj utraty białka, może być czynnikiem wywołującym zboczenia w odżywieniu ciałka szklanego a pośrednio i soczewki, w następstwie których zaćmienie jéj miąższu występuje.

Zgadzając się więc w zasadzie ze spostrzeżeniami Deutschmana sądzimy jednak, iż odpowiedniejszą nazwą byłoby „*Catarracta albuminurica*“ zamiast „*nephritica*.“

Na 72 chorych przypada mężczyzn 40, kobiet 32. Pod względem wieku był następujący stosunek: od 10—20 lat 1;

20—30 l. 1; 30—40 l. 4; 40—50 l. 10; 50—60 l. 22; 60—70 l. 27; 70— 80 l. 5; 80—90 l. 2.

Na 17 chorych z cierpieniem nerkowém przypada: m. 9, k. 8; 2 z tychże było między 40—50 rokiem życia; 6 między 50—60; 6 między 60—70; 2 między 70—80; 1 między 80—90. We wszystkich 17 była zaćma na obu oczach, u jednego tylko chorego zajmowała jedno oko. Wejrzenie zaćm było zupełnie takie same jak zaćm schyłkowych. (C. d. n.)

V. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Wykluczywszy otrucie nitrogliceryną i nitrobenzolem orzeczenie Wydziału wyklucza następnie i otrucie kw. pruskim. Działanie to musiało być iście herostratyczne, bo wywołuje aż zdumienie szan. autora. Przyznaję chętnie, że kwestyja, podniesiona przez szan. autora, jest bardzo ważną, i dlatego czytelnik wybaczy, że obszerniéj nieco nad nią się zastanowię, aby wykazać całą bezpodstawność zaczepki. W tym celu jednak muszę wypisać dosłownie cały odnośny ustęp z broszury w mowie będącéj (str. 25).

„Ze zdumieniem zaś wyczytałem zdanie, że „zmiany „podobne prawie zawsze zdarzają się w otruciu „sinkiem potasu, z tém więc otruciem u śp. M. liczyć „się należy; wykluczyć zaś należy otrucie „kwa„sem pruskim“, właśnie z powodu zmian znalezio„nych w żołądku, których nigdy nie ma w tém otru„ciu. Casper-Liman (l. c. 495) podaje wyraźnie: „da dieses „Praeparat (Cyankalium) in seinen Wirkungen dieser Säure (Blau„säure) identisch ist“—Seidel (w Maschki *Handb. d. ger. Med.* „Bd. II, Toxicol. str. 317) opisuje razem oba otrucia po obu „środkach, podaje zaś, jak w ogóle wszyscy autorowie, tylko to, „że zmiany w żołądku po otruciu sinkiem potasu bywają co do „stopnia silniejsze, o ile występuje tu działanie i zasady łu„gowéj na ściany żołądka; jeden tylko Hofmann (*Handb.* „*d. ger. Med.*) oddziela opis obu trucizn. Że zaś po „otruciu kwasem pruskim zmiany w żołądku i jelitach mogą „być nawet bardzo podobne do zmian znalezionych u śp. M., „na dowód tego dosyć przytoczyć opisy tylko kilku przy„padków otrucia kwasem pruskim z dzieła Caspra Limana; „i tak opis przypadku kaz. 210 (Blausäure) brzmi: Seine ganze „(Magen) Schleimhaut war mit purpur rothen, inselartigen Flecken „durchsetzt (keine Sugillationen). Nr. kaz. 211 (Blausäure): Die „(Magen) Schleimhaut war entlang der ganzen kleinen Curvatur „genau ebenso suffundirt, wie die Luftröhre, so dass diese Stellen „vom Durchscheinen äusserlich schwarzroth aussehen“. Nr. kaz. „212 (Blausäure): Der Magen *normal*, aber am Pylorus eine „thalergrosse purpurrothe Ecchymose und der ganze Magen hatte „durch Imbibition eine violette Färbung. Nr. 213 (Blausäure): „Der Magen war genau wie im vor. Falle imbibirt und gefärbt „und am Fundus fanden sich *einzelne*, inselartig zerstreute, kleine „Suffusionen. Die leeren Därme hatten dieselbe Färbung, wie der „Magen. Nr. 214 (Blausäure): Die (Magen) Schleimhaut im gan„zen Fundus war purpurroth von lauter hämorrhagischen Ergüssen. „Seidel (Maschka II, T. str. 320 kaz.) (Blausäure): „Magen„wandung heftig entzündet, mit groschengrossen Brandflecken?). „Czy te opisy nie są uderzająco podobne do zmian opisa„nych w żołądku śp. M. i czyli można twierdzić: że zmian zna„lezionych u M. nigdy niema w tém (kw. pruski) otruciu?, „pozostawiam po tych cytatach każdemu fachowemu „czytelnikowi do rozstrzygnięcia. Sądzimy jednak, żeśmy aż „nadto jasno wykazali mylność takiego twierdzenia“.

Czytałem ustęp ten raz, drugi i dziesiąty.... i dotąd jeszcze nie dowierzam oczom swoim, czy coś podobnego mógł napisać kolega tak poważny i biegły jak prof. F. Ale właśnie dla tego, że nauka ta przez wzgląd na osobistość propagującego ją drukiem autora mogłaby wprowadzić w błąd kolegów, zwłaszcza młodszych lub nieściśle fachowych, poczuwam się do obowiązku wykazania jéj mylności zupełnéj, a co ważniejsza dowiedzenia, że w naukę tę obecnie nikt, a nawet i sam szan. przeciwnik nasz, nie wierzy. Prof. F. lubi snać cytaty: służyć mu więc muszę i cytatami; lecz podczas gdy ja dostarczę dowodu, że wszystkie jego cytaty powyższe są..... błędne, mam otuchę, że na moje się zgodzi w zupełności.

Sto lat ubiegło z górą, odkąd Scheele odkrył kw. pruski—i odkrycie swoje życiem przypłacił. Odtąd zdarzały się od czasu do czasu przypadki otrucia kw. pruskim, nie bywały one jednak zbyt częste, co zapewne było przyczyną, że nie zwrócono odrazu uwagi na różnicę występującą w zmianach pośmiertnych, w miarę tego, czy użyto kw. pruskiego lub innéj istoty kw. pruski zawierającéj, zwłaszcza, że sinek potasu mało jeszcze był znany i wcale nie rozpowszechniony. Ztąd to pochodzi, że autorowie dawniejsi albo o zmianach pośmiertnych po użyciu kw. pruskiego nic nie podają, a o sinku potasu wcale jeszcze nie wspominają, jak Henke (1841), albo téż nie umieją jeszcze odróżnić otrucia kw. pruskim od otrucia sinkiem potasu lub olejkiem migdałów gorzkich, jak Böcker (1857), Krahmer (1857), a nawet Buchner (1869) i Schürmayer (1874), jakkolwiek Pelikan już w r. 1856 (*Prager Viertelj.*) kładzie nacisk na to, że u zwierząt otrutych kw. pruskim w żołądku i jelitach żadnych nie znachodził zmian. Zapatrywania te doznały dopiero zmiany radykalnéj, odkąd w skutek coraz większego rozpowszechnienia się sinku potasu i coraz częściéj, zwłaszcza w wielkich miastach, zdarzających się przypadków otrucia tym środkiem, nabywano coraz silniejszego przekonania, że sinek potasu inne wywołuje zmiany, aniżeli kw. pruski, a w roku 1876 stanowczy w téj mierze nastąpił zwrot, jakkolwiek tenże przygotowywał się już od lat wielu. Zdanie bowiem, które wypowiada Liman w wydaniu VI z r. 1876, że w otruciach preparatami kw. pruskiego żołądek z wyjątkiem woni migdałów gorzkich [1]) nie przedstawia nic pewnego, że jednak częstokroć, zwłaszcza zaś po otruciu sinkiem potasu we wszystkich przypadkach, okazuje zmiany charakterystyczne, — nie jest

[1]) Na stronicy 495 pisze Liman: „Dieser *Geruch* ist auch an Lei„chen durch Cyankalium Vergifteten bemerkbar, was natürlich, „da dieses Präparat mit Leichtigkeit Blausäure entwickelt u. in „seinen Wirkuugen dieser Säure identisch ist“. Prof. F. zaś pisze: „Casper-Liman (l. c. 495) podaje wyraźnie: *da dieses Praeparat (Cyankalium) in seinen Wirkungen dieser Säure (Blusäure) identisch ist.*“ Wyrywa więc z okresu zdanie ostatnie a podczas gdy cały okres odnosi się do woni, a więc przemawiałby raczéj przeciw otruciu kw. pruskim lub sinkiem potasu u Roberty M., prof. F. spożytkowuje słowa ostatnie na swoje cele, przypisując Limanowi zdanie, jakoby on i zmiany anatomiczne po obu truciznach uważał za identyczne! Tak postępując wszystkiego dowodzić można.

wcale zdaniem jego, lecz wypowiedzianém już na kilkanaście lat wstecz przez Caspra *(Klin. Novellen*, Berlin 1863, str. 426) nierównie dobitniéj, ponieważ wielce doświadczony ten lekarz sądowy wyraźnie już odróżnia zmiany w żołądku w miarę tego, czy otrucie nastąpiło kw. pruskim lub sinkiem potasu [1]).

Nie znał Liman widocznie 2go wydania dzieła Schauensteina, które wyszło pod koniec roku 1875, a w którém zasłużony ten autor pisze (str. 543): „*Bei Vergiftungen mit* „*Cyankalium* zeigt sich die ganze Magenschleimhaut gleich„mässig gewulstet, intensiv scharlachroth, *der Mageninhalt* „*stark und fix alkalisch reagirend*, meist eine trübe Flüssig„keit darstellend, welche den intensiven Geruch nach Blau„säure hat. — *Blausäure* bringt, wie narkotische und soge„nannte Nervengifte überhaupt, *gar keine charakteristischen* „*anatomischen Veränderungen hervor*". Nadto Schauenstein był pierwszym, który zwrócił uwagę, że zmiany w bł. śluzowéj żołądka po otruciu sinkiem potasu nie są sprawą za życia powstałą, lecz wyrazem chemicznego działania alkalicznego, a to z powodu, że trucizna najczęściéj bardzo prędko, a często natychmiast śmierć sprowadza, tak, że nie ma czasu, aby zmiany te wytworzyły się za życia.

Lecz dopiero pamiętna rozprawa prof. Hofmanna pt. „*Zur Kenntniss der Befunde nach Cyankaliumvergiftung*," ogłoszona w r. 1876 w *W. med. Woch.* (Nr. 45 i 46), stanowi epokę w historyi sądowolekarskiéj téj trucizny. Rozprawę tę autor rozpoczyna od słów: „Während nach Vergif„tungen mit Blausäure lokale Befunde im Magen nur selten „beobachtet werden, gehören solche nach *Vergiftung mit* „*Cyankalium zur Regel*, und sind meist von der Art, **dass** „**aus ihnen allein**, *auch abgesehen von dem Geruche nach* „*Blausäure*, **die Diagnose gestellt werden kann**". Nie streszczam tu rozprawy całéj, bo treść jéj nie tylko, że jest wszystkim lekarzom sądowym i toksykologom znaną, ale co ważniejsza, przez wszystkich przyjętą i uznaną za zgodną z wynikiem doświadczenia, i stanowi obecnie jakoby ustęp z katechizmu, co do którego dyskusyja nie ma miejsca. Że tak jest a nie inaczéj, na to dostarczę kilku wymownych dowodów [2]).

[1]) Że różnica ta i przed r 1876 nie była już tajemnicą, wynika z następującego przypadku: D. 22 stycznia 1875 otrzymałem od Sądu tutejszego polecenie odbycia sekcyi sądowéj na zwłokach młodzieńca, zmarłego prawdopodobnie z otrucia, a którego zwłoki złożone zostały w zakładzie prof. Biesiadeckiego. Przybywszy na miejsce zastałem zwłoki już otwarte, albowiem sekcyja policyjna już poprzednio odbytą została, przy których znaleziono plamy trupie jasnoczerwone, krew płynną, wiśniową, wybroczyny małe pod opłucną i osierdziem; przy otworzeniu żołądka czuć się dała bardzo słaba woń migdałów; żołądek wypełniony był papką, po wyjęciu której błona śluzowa okazała się szkarłatną a na fałdach drobne wybroczyny. Nie znalazłszy już żadnéj treści w żołądku wykonałem próbę Preyera, przyłożywszy papier Schönbeinowski do błony śluzowéj otwartego pęcherza moczowego, a próba dała wynik dodatni. Z przypadku tego zdałem sprawę na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 lutego 1875 a w protokóle tego posiedzenia (p. Przegląd Lek. 1875, Nr. 11) znajduję wzmiankę, iż „Liman mówi, że takie wybroczyny występują tylko po otruciu sinkiem potasu, nie zaś kw. sinowodowym."

[2]) Z kazuistyki przytoczyć mogę już z r. 1878 opis Auera (*Friedreichs Blätter f. ger. Med.*), który w przypadku otrucia sinkiem potasu, który się zdarzył po raz pierwszy w Landshucie w Bawaryi, nie tylko odrazu zastósował próbę Preyera, ale w zupełności godzi się z zapatrywaniem Hofmanna.

I tak pisze w r. 1880 Falck (*Lehrbuch der prakt.* „*Toxicologie*, str. 197) „In dem Magen findet man *nur* bei „Cyankaliumvergiftung einige Veränderungen...., a w końcu dodaje: (Hofmann).

W tymże roku pisze Husemann: „*Der Leichenbefund* „*bei Blausäurevergiftung ergibt weder makroskopisch noch* „*mikroskopisch irgend welche pathognomonische Veränderungen*" „(Eulenburga *Encyklopädie* II, str. 234), a daléj: „Die Ver„giftung durch *Cyankalium* entspricht in Bezug auf *Sympto*„*matologie* und *Behandlung* völlig der Blausäurevergiftung, „zeigt dagegen *in Bezug auf den Leichenbefund eine erhe*„*bliche Differenz, indem bei den mit Cyankalium Vergifteten* „*ausgesprochene örtliche Erscheinungen sich finden, welche* „*nach Blausäure fehlen. Nach Hofmann* (1876) charakterisirt „sich die Cyankaliumvergiftung" itd.

Seidel (w Maschki *Handb.* II., str. 317) pisze w r. 1882: „*Der Befund im Magen ist* **wesentlich** verschieden, „je nachdem die Vergiftung mit Blausäure, *oder* mit aether. „Bittermandelöl *oder* mit Cyankali erfolgt. Bei der ersten „findet man die Schleimhaut wohl partiell geröthet u. leicht „injicirt, manchmal selbst Ekchymosen, die auch als Folge „der Erstickung aufgefasst werden können, niemals aber tie„fere Veränderungen.... Bei Vergiftungen mit äther. Oel sind „einige Male Entzündungserscheinungen beobachtet worden, „*wie bei anderen ätherischen Oelen.* Bei solchen mit *Cyankali* „*erleidet die Schleimhaut tiefere Veränderungen. Dieselben* „*sind am genauesten untersucht u. beschrieben von Hofmann*, „*dessen Darstellung wir hier folgen*" [1]).

Lesser (*Atlas d. gerichtl. Medicin.* Berlin, 1883), wówczas asystent prof. Limana, i opierający pracę swoję na spostrzeżeniach czynionych w berlińskim zakładzie sądowolekarskim, uznając wyraźnie zasługi Hofmanna („der um die Beschreibung und Erklärung der anat. Erscheinungen nach Cyankaliumintoxication verdienteste Forscher" zeszyt 2gi, str. 58), pisze (w tymże zeszycie str. 55): „Vergiftungen „mit wässerigen *Blausäurelösungen hinterlassen keine Gewebs*„*veränderungen der ersten Wege*; solche mit HCy enthaltendem „aether. *Bittermandelöl* erzeugen die erheblichsten *Aetzungen*,... „Intoxicationen mit *concentrirteren* Lösungen von *Cyankalium* „oder mit Cyankalium in Substanz rufen *in der Regel der Fälle* „*Veränderungen hervor, welchen* durch ihre Besonderheiten „*eine pathognomonische Bedeutung zukömmt*".

Hofmann zaś w wydaniu 2ém swego dzieła (z r. 1881) pisze (str. 617): „Bezüglich des *Leichenbefundes* ist zunächst „die Blausäurevergiftung als solche u. die Cyankaliumvergiftung „auseinanderzuhalten. *Erstere* gibt in der Regel ausser dem „nicht immer nachweisbaren.... Blausäuregeruch im Magen und „mitunter auch in anderen Organen und den Zeichen des Er„stickungstodes, meist negative Befunde; insbesondere zeigt die „Magenschleimhaut ausser etwa stärkerer Injection und manchmal „Ecchymosirung, die auch nur als Theilerscheinung der Ersti„ckung gedeutet werden kann, *keine Veränderungen.... Anders* „ist der Befund bei *Cyankaliumvergiftung*. In *exquisiten* Fällen „derselben finden wir die Magenschleimhaut allenthalben, beson„ders aber im Fundus und auf der Höhe der Falten blutroth „gefärbt, gewulstet und in dem Grade gelockert, dass die Falten„kämme stellenweise selbst transparent erscheinen können. Dabei „sehen wir die Schleimhaut mit reichlichem, hellroth oder hell-

[1]) Z przedstawienia prof. F. zdawałoby się, że Seidel inaczéj się zapatruje na kwestyję, aniżeli Hofmann; tymczasem autor ten w braku własnego doświadczenia wyraźnie i otwarcie podaje, że opisuje rzecz według Hofmanna, który ją najdokładniéj zbadał.

„braunroth tingirtem.... Schleim bedeckt, und wenn sonstiger „Mageninhalt vorhanden ist, auch diesen blutig gefärbt und von „limpider fadenziehender Beschaffenheit. Dabei reagirt der Magen-„inhalt *stark alkalisch*, ist seifenartig schlüpfrig... und ver-„breitet einen mehr weniger auffallenden Blausäuregeruch, der „sich auch in anderen Organen, so in Gehirn und in den Lungen, „bemerkbar zu machen pflegt".

A teraz *the last, but not the least!*

Prof. Feigel (Podręcznik Medycyny Sądowéj. Lwów 1883) pisze (str. 388): „Objawy na zwłokach są **inne** po otruciu kw. „pruskim, **inne** zaś po otruciu sinkiem potasu. Pier-„wszy prócz woni kw. pruskiego w żołądku, a czasem i w innych „narządach, i oprócz objawów uduszenia, najczęściéj nie przed-„stawia nic charakterystycznego. Żołądek okazuje tylko „**lekkie** nastrzykanie, a niekiedy i wybroczynki, które mogą być „tłumaczone i uduszeniem; zresztą zaś niema żadnych „innych zmian. Przy otruciu zaś sinkiem potasu jest „żołądek w wybitnych wypadkach wszędzie, szczególnie zaś „w dnie i na wysokości fałdów krwawo-czerwony, obrzękły i roz-„pulchniony do tego stopnia, że fałdy miejscami są prześwieca-„jące; przytém błona śluzowa pokrytą jest obfitym, jasnoczerwo-„nym lub jasno brunatno-czerwonym śluzem; treść zaś żołądkowa, „jeżeli jest obecną, jest również krwawo zabarwioną i lepką, „ciągnącą się, mocno alkaliczną, mydlasto śliską i wydaje **wybitną** „woń kw. pruskiego, podobnie jak mózg, płuca itd."

Widzimy, że prof. F. zmiany pośmiertne po otruciu kw. pruskim i sinkiem potasu prawie dosłownie opisuje tak, jak prof. Hofmann, a dziwną tę w naszych czasach jednozgodność u dwóch autorów wytłumaczyć tylko można przypuszczając, że albo prof. F. na mocy swego doświadczenia niezależnie od prof. Hofmanna w kilka lat późniéj doszedł do tych samych co on rezultatów, albo że nie mając pod względem otrucia CNH i KCN żadnego doświadczenia pisał się bezwzględnie na zdanie Hofmanna. W jednym i drugim razie atoli szan. autor nasz nie miał prawa twierdzenia w broszurze, że „jeden tylko Hofmann oddziela opis obu trucizn", skoro wszyscy autorowie, samego prof. Feigla nie wyjąwszy, bezwzględnie na zdanie jego się zgadzają. Może nie od rzeczy będzie przytém zwrócić uwagę, że jeżeli autor Podręcznika w tłumaczeniu opisu Hofmanna w dwóch miejscach przez nas wyżéj uwydatnionych, odstępuje od pierwowzoru, czyni to na wielką niekorzyść autora obrony.

Na tém jednak niedosyć! Szan. nasz przeciwnik odwołuje się i do kazuistyki Caspra i Seidla; muszę więc wyświecić i te cytaty.

Przypadek 210 Caspra: „*Vergiftung durch Blausäure u. aetherische Oele*". Prof. F. wyrzuca wyrazy: „*u. aetherische Oele*", a przez to spacza rzecz w zupełności. Kobieta pijana wypiła kilka flaszeczek, zawierających olejki eteryczne, a mianowicie goździkowy, kminkowy, miętowy, cytrynowy i inne, a między niemi był także olejek migdałów gorzkich; z trupa szerzyła się woń miła goździkowa oraz woń migdałowa, wszystkich prawie odurzająca, nadzwyczaj silna; a więc był to przypadek otrucia olejkami, co rzecz gruntownie zmienia.

Przypadek 211: Tu nie ma wcale dowodu, iż człowiek otruł się kw. pruskim, bo przy nim nie znaleziono żadnéj flaszki, ale woń była wyraźnie migdałową.

Przypadek 212: I tu nie ma dowodu, że nastąpiło otrucie kw. pruskim, bo flaszeczki nie znaleziono; żołądek był prawidłowy, a woń migdałowa przenikliwa.

Pierzchnice płaskie należą do grupy cierpień skóry.

Przypadek 213: Wyraźnie podaje tu Casper, że otrucie nastąpiło olejkiem migdałów gorzkich, a woń bardzo silna zwróciła uwagę na otrucie, bo zresztą nie było zmian uderzających.

Przypadek 214: I tu nie ma żadnego dowodu, że otrucie nastąpiło kw. pruskim, a woń była bardzo wybitną [1]).

Uwieńczeniem kazuistyki powołanéj jest przypadek niby Seidla. Autor ten, nie mając snać ani jednego przypadku z własnego doświadczenia, zestawia przypadki obce, a na ich czele podaje przypadek, wyjęty z żurnalu Hufelanda **z r. 1815**! Jaką wartość ma przypadek ten z czasów iście przedpotopowych, dowodzi opis żołądka: „Magenwandung *heftig entzündet mit groschengrossen Brandflecken*". Mógł do tego przypadku odwołać się Henke w dziele swojém, w braku własnego doświadczenia, mógł wreszcie farmakolog Seidel popisać się wykopaliskiem, ale czyż się godziło, aby biegły anatom, szczycący się całą dywizyją trupów, własną ręką sekcyjonowanych, odwołał się do takiego przypadku lub nawet do przypadków Caspra dawnéj daty! Czy jeden przypadek, zacytowany przez szan. autora z własnego doświadczenia, nie miałby bez porównania większéj wartości? A czyż znów śmiałym jest wniosek, że autor na poparcie swych twierdzeń nie posiada żadnego własnego przypadku? Zardzewiałą zaiste jest broń, którą walczy szan. autor, a występując w ten sposób mógł w obec nieznawców „aż nadto jasno" wykazać trafność swoich twierdzeń, ale w obec Wydziału lek. i jego referenta dopuścił się wielkiéj nieostrożności! (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

Pierzchnice płaskie należą do rzędu chorób skóry, rzadziéj napotykanych i niedokładnie dotąd zbadanych. Cierpienie wymienione od niedawna dopiero zwróciło na siebie uwagę dermatologów. Pierwszą o niém wzmiankę napotykamy w 1866 roku u Wilsona; autor ten we trzy lata późniéj dokładniéj chorobę tę opisał i nadał jéj nazwę *Lichen planus*; z późniejszych autorów, którzy swojemi pracami przyczynili się do dokładniejszego zbadania choroby omawianéj, przytoczyć należy imiona: Neumana, Kaposiego, Foxa, Hutchinsona, Crockera, Pospelowa, Boecka, Riehla, Manaseiego, Lemoinea, Lavergna, Unny i Thibierga, pomijając innych autorów, o których niżéj.

Nie zważając jednak na artykuły licznych autorów jakotéż na przypadki choroby omawianéj podane przez wielu innych (a takowych, jak to niżéj obaczymy wcale spora już zebrała się liczba), w podręcznikach dermatologii do obecnéj chwili zbyt mało miejsca téj postaci chorobowéj udzielano; niektórzy nawet autorowie nie opisują *lichen planus* jako odrębnéj choroby, lecz utożsamiają ją z *lichen ruber acuminatus Hebrae* (Weyl).

---

[1]) Zwrócić muszę uwagę, że wszystkie te 4 przypadki, umieszczone wprawdzie w wydaniu Limana z r. 1876, nie są przypadkami przez niego spostrzeżonemi, lecz pochodzą jeszcze od Caspra, który w dziele swojém: *Klin. Novellen zur ger. Medizin* (str. 429—434), już w r. 1863 dosłownie je podaje, jako przypadki swoje 12, 13, 14, 16.

znamionujących się powstawaniem na skórze drobnych guzków przez ciąg całéj sprawy chorobowéj bez zmiany trwających, w pęcherzyki i krostki nieprzetwarzających się.

Grupie téj dermatologowie dali nazwę ogólną *lichen* i zaliczają do niéj oprócz pierzchnic płaskich następne cierpienia skóry: pierzchnice zołzowate (*lichen scrophulosorum*), pierzchnice czerwone kończyste (*lichen ruber acuminatus s. exsudativus Hebrae*) i pierzchnice włosowe (*lichen pilaris*).

Osutka pierzchnic płaskich składa się z drobnych guzków, wielkości główki od szpilki lub ziarnka prosa, bladoróżowych okrągłych lub wielokątnych, nad powierzchnię skóry nieznacznie wyniosłych, rozsianych lub skupionych w gromadki.

Rozwój i rozszerzanie się osutki w *lichen planus* uskutecznia się nie drogą rozrostu i powiększenia się objętości istniejących już pierwocin osutki, guzków, lecz drogą pomnożenia się ich liczby, chociaż w początkach swego rozwoju guzki mogą cokolwiek urość, lecz bardzo nieznacznie; pojawiają się więc obok dawnych nowe guzki i usadawiają się w blizkiém obok siebie sąsiedztwie. W tento sposób w pewnych okolicach skóry powstają niewielkie gromadki z drobnych guzków złożone, wielkością na początku nieprzewyższające soczewicy, z czasem jednak dosięgające wielkości dużych blaszek, lub téż zlewające się ze sobą i tworzące w ten sposób postacie nieprawidłowe; czasem zaś gromadki owe układają się w smugi, pierścienie, elipsy, pólkola, podkowy itp. figury.

Na początku swego istnienia guzki pierzchnic płaskich bywają kuliste lub płaskie o suchéj matowéj powierzchni; z czasem jednak zaklękają, twardnieją, rzadko zwiekszając się nieco w objętości swéj. Następnie w środku płaskiego lub wklęśniętego guzka daje się czasem zauważyć biały punkcik — łuska; łuszczenie się może zająć całą powierzchnię guzka, w innych znowu przypadkach może go wcale i nie być w ciągu całego czasu trwania guzka, jakto np. bywa w *lichen obtusus* (Unna).

W okresie przeobrażenia wstecznego guzka, które po niejakim czasie trwania osutki nastaje, bez względu na to, czy łuszczenie się miało miejsce lub téż nie, guzek coraz się bardziéj spłaszcza, zanika, tak iż wkrótce na jego miejscu powstaje zagłębiona plamka szaréj barwy okrągła lub téż wielokątna, co téż oczywiście od kształtu poprzedniego guzka zależy.

Gromadki i blaszki pierzchnic płaskich złożone ze skupionych guzków, rzadko leżą odosobnione (*lichen discretus*); najczęściéj zaś od samego już początku dążą do układania się jedna obok drugiéj i zlewając się ze sobą tworzą różnokształtne większe blaszki, a czasem długie smugi; niemal zawsze jednak w sąsiedztwie takich smug i blaszek mniejsze gromadki i blaszki jakotéż i odosobnione guzki napotkać można. W mowie będące blaszki i pasma mają kształt rozetek lub zaokrąglonych wypukłych linij na zewnątrz, co sposób ich powstawania ze zlania się pojedyńczych guzków dosadnie wskazuje. Dalszy przebieg sprawy chorobowéj w *lichen planus* i los wymienionych smug i blaszek jest wynikiem zmian, któreśmy dla pojedyńczych guzków powyżéj opisali. Większe blaszki i pasma również z czasem objawiają łuszczenie się na powierzchni swéj, późniéj zaś w miarę postępowania przeobrażenia wstecznego sprawy chorobowéj i zanikania osutki, łuszczenie zmniejsza się lub całkiem ustaje a wtedy smugi owe i blaszki zaklękają na swéj powierzchni, otrzymując szarą barwę i otaczają się ciemno zabarwioną obwódką, ściśle odgraniczającą uległe cierpieniu części skóry od zdrowych.

W niektórych jednak przypadkach sprawa łuszczenia się, poprzedzająca okres zanikowy osutki, wielce się wzmaga; na powierzchni osutki narastają wtedy grube piętrzące się warstwy przyskórka. Przypadki takie Vidal wyróżnił jako odrębną postać pierzchnic płaskich, któréj nadal nazwę *lichen cornéen*.

Pierzchnice płaskie wikłają się czasem w dość rzadkich stosunkowo przypadkach pęcherzykowém cierpieniem skóry, wtedy obok guzków zebranych w gromadki i blaszki dają się spostrzegać wielkie pęcherze często powracające (3 przypadki Unny).

Niezawsze w przypadkach pierzchnic płaskich osutka z płaskich wyłącznie guzków złożona, w niektórych przypadkach pomiędzy gromadkami guzków płaskich rozrzucone są i kończyste guzki czerwonych pierzchnic Hebry (*lichen acuminatus ruber*); o podobnych przypadkach mówią: Kaposi, Colcott Fox, Duhring, Besnier, Lavergne i Unna. Ostatnia okoliczność wskazuje niejako blizkie powinowactwo pierzchnic płaskich z osutką *lich. rubri acuminati*, jakotéż podała powód niektórym dermatologom do zaprzeczania istnienia pierzchnic płaskich, jako odrębnéj postaci chorobowéj (Weyl).

Osutka pierzchnic płaskich usadowia się z początku zwykle na odnogach, zwłaszcza dolnych, ztąd następnie i na tułów się przenosi; czasem zaś jednocześnie osutka pojawia się na odnogach i innych częściach ciała: na brzuchu, lędźwiach i częściach rodnych. W rzadkich jedynie przypadkach osutka rozpoczyna się od tułowia, części rodnych lub twarzy (Héguy). (C. d. n.)

Prof. Sacharin: **Kalomel w niektórych ostrych i przewlekłych chorobach.**

Z licznych obserwacyj, robionych we własnéj klinice w Moskwie prof. S. podaje wiadomość o skuteczności kalomelu przeważnie w ciężkich przypadkach kolki wątrobowéj, oraz w przerostowéj formie marskości wątroby. Obserwował on liczne przypadki kolki, w których kalomel działał znakomicie, używając zaś innych leków w tych samych razach nie miewał nigdy dobrych skutków. W lżejszych przypadkach kolki z małemi zmianami dyspeptycznemi zaleca tylko ścisłą dyjetę, w cięższych zaś, gdzie napady kolki są bardzo silne, i jeżeli oprócz tego jest katar żołądka z żółtaczką, wzbrania nadużyć w piciu i jedzeniu, zaleca dyjetę i picie wód Emskiéj, Vichy lub Karlsbadzkiéj. Tam gdzie jednak wody mineralne nie skutkują, a szczególnie w przypadkach, w których ból w okolicy woreczka żółciowego ciągle się utrzymuje i przytém jest gorączka, należy podać kalomel, który działa doskonale i rychłą ulgę przynosi. Podaje się wówczas po 0,06 co godzina, a po 6téj dawce co 2 godzin. Po obfitém wypróżnieniu cechującém kalomel nie należy go podawać więcéj, a gdyby nawet po wyżyciu 0,72 kalomelu nie było stolca, należy po ostatniéj dawce dać jeszcze łyżkę *ol. ricini*. Jeżeli po kalomelu utrzymuje się rozwolnienie, to kilkanaście kropli *tinct. opii* powstrzymuje takowe. Naturalnie, że przez cały czas używania kalomelu, a nawet kilka jeszcze dni potém, należy usta płukać chloranem potasowym.

Podobnież i w marskości wątroby przerostowéj S. stósował kalomel z bardzo dobrym skutkiem.—Oprócz tego poleca dawać go w różach twarzy, szczególnie u starszych osób, jeżeli te cierpią na zaburzenia w przewodzie pokarmowym i kolki wątrobowe, a chininu nie znoszą. Często bowiem po podaniu

kalomelu na drugi lub trzeci dzień temperatura opada a róża znika. Jeżeli zaś gorączka nie zmniejszyła się, to jeszcze radzi podawać kalomel. Więcéj niż dwa razy nie należy stosować kalomelu, a po dwukrotnych próbach podajemy znowu chinin, który chorzy wówczas lepiéj znoszą.

W durze brzusznym daje S. w 1szym tygodniu kalomel, jeżeli nie ma rozwolnienia i siły chorego na to pozwalają; za środek jednak swoisty nie uważa go, lecz przypisuje mu dobre skutki na dalszy przebieg choroby.

Daléj zaleca go w zapaleniu płuc włóknikowém z przebiegiem stenicznym i to w pierwszych dniach choroby. Po kalomelowych wypróżnieniach temperatura opada, oddech staje się wolniejszy, lżejszy, chory śpi spokojnie i czuje się zdrowszym. S. obserwował też przypadki, w których po kalomelu odrazu występowało przesilenie. Niemniéj poleca kalomel w ostréj samoistnéj chorobie Brighta, a działanie jego ma być bardzo dobre, bo temperatura się obniża, bóle w okolicy nerek zmniejszają się, mocz bywa jaśniejszy i ilość jego zwiększa się. Przeciwwskazaniem jest znaczne osłabienie i rozwolnienie. *(Zeitschr. f. klin. Med.* IX tom, VI zeszyt).

Dr. J. Surzycki.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w grudniu r. 1885.

Tyfus brzuszny, który w kwietniu r. 1885 najwięcéj, w sierpniu zaś najmniéj był rozszerzonym, od września ciągle się wzmaga: w grudniu stwierdzono go w 56 gminach 30 powiatów, do 287 chorych pozostałych z końcem listopada przybyło 836, a z 1123 leczonych wyzdrowiało 741 osób czyli 66·0%, umarło zaś 89 czyli 7·9%, pozostało 293 osób w leczeniu. Najwięcéj gmin nawiedzonych tyfusem było w powiecie rawskim i tarnopolskim (po 5 gmin), najwięcéj chorych w powiecie czortkowskim (w trzech gminach 183 chorych), największa śmiertelność w jednéj gminie pow. rawskiego (Szczerzec 24%) i w jednéj gminie (Marcyporęba) pow. wadowickiego 29%.

Tyfus plamisty tylko nieznacznie rozszerzył się, stwierdzono go w 10 gminach 8miu powiatów, z 192 leczonych w grudniu chorych wyzdrowiało 133 czyli 69·3%, umarło 18 czyli 9·4%, pozostało w leczeniu 41 osób w trzech gminach. Najwięcéj chorych było w dwu gminach powiatu drohobyckiego, potém w jednéj gminie pow. dolińskiego, największa śmiertelność w Jabłonce (w górskim powiecie Turka) i w Wolicy w powiecie krakowskim (w obu 20%).

Tyfus powrotny utrzymujący się od początku października 1885 w jedynym powiecie jaworowskim, w początku grudnia panował w dwu gminach, późniéj tylko w jednéj. Z 88 leczonych chorych wyzdrowiało 56 osób czyli 63·6%, umarło 4 czyli 4·5%, pozostało 28 chorych w jednéj gminie. Także lekarz rządowy zatrudniony leczeniem chorych w téj gminie zapadł na tyfus powrotny.

Szkarlatyna. Liczba chorych leczonych w grudniu z powodu téj choroby była wyższą niż w każdym poprzednim miesiącu roku 1885, lecz ilość wyzdrowiałych była wyższą 63% (w listopadzie 56·3%), liczba zaś zmarłych znacznie niższą 12·3% (w listopadzie 16·5%). W ogóle stwierdzono szkarlatynę w 75 gminach 34ch powiatów, a z 2035 leczonych chorych wyzdrowiało 1283, umarło 251, pozostało w leczeniu 501 osób w 32 gminach. Najwięcéj gmin dotkniętych epidemiją szkarlatyny było w powiecie sanockim (6 gmin), potém w myślenickim i buczackim (po 5 gmin); najwięcéj chorych było w 3ch gminach powiatu trembowelskiego (187 osób) i przemyskiego (185 osób), potém w 4 gminach powiatu rzeszowskiego (160 osób); najwięcéj osób umarło w jednéj gminie pow. trembowelskiego (25 na 122 leczonych), największy zaś odsetek śmiertelności zdarzył się w jednéj gminie pow. borszczowskiego w Wierzchnikowcach, gdzie z 44 leczonych chorych 19 osób umarło, zatém 43%, także w powiecie buczackim był odsetek śmiertelności bardzo znacznym w pojedynczych gminach 20 do 36%.

Dyfteryja zarówno jak w latach poprzednich w listopadzie r. 1885 była najwięcéj rozszerzoną, a w grudniu już poczęła przygasać. Ogółem leczono 211 chorych w 18 miejscowościach trzynastu powiatów. Z tych 211 wyzdrowiało 98 osób czyli 46·4% (w listopadzie 41·7%), umarło zaś 77 osób czyli 36·5% (w listopadzie 40·9%) pozostało 36 osób w pięciu miejscowościach, przeważnie w powiecie rudeckim i w tym też powiecie największa była w grudniu śmiertelność.

Dysenteryja, która z końcem listopada w sześciu miejscowościach sześciu różnych powiatów pozostała, w ciągu grudnia wygasła tak dalece, że tylko w jednéj gminie 9ciu chorych z końcem roku pozostało. Z 135 leczonych chorych wyzdrowiało 88·9%, umarło 4·4%.

Odra wzmaga się znacznie a co gorsza złośliwość epidemii w niektórych powiatach jest bardzo znaczną, tak iż ogólny odsetek śmiertelności z całego kraju 10·2%. Stwierdzono tę chorobę w 81 miejscowościach 24 powiatów a ogółem leczono 3874 chorych, z tych wyzdrowiało 2596 czyli 67%, umarło 396 czyli 10·2%, pozostało w leczeniu 882 osób. Najwięcéj rozszerzoną była ta choroba w powiecie dąbrowskim (15 gmin) i w brodzkim (10 gmin), tarnobrzeskim (7 gmin) i tarnopolskim (5 gmin) w tych dwu ostatnich powiatach jakoteż i w powiecie bocheńskim szczególnie znaczną była śmiertelność.

Koklusz stopniowo się zmniejsza, stwierdzono go w grudniu w 37 miejscowościach w 18 powiatach; ogółem leczono 1496 osób, z tych wyzdrowiało 865 czyli 57·8%, umarło 98 czyli 6·6%, pozostało w leczeniu 533 osób.

Ospa szerzy się od października coraz więcéj; gdy w listopadzie stwierdzono ją w 22 miejscowościach trzynastu powiatów w grudniu rozszerzyła się już na 31 miejscowości 15 powiatów, przeważnie w powiecie sokalskim, sandeckim, nowotarskim i żywieckim. Z 566 leczonych w grudniu chorych wyzdrowiało 309 (277 szczepionych i 32 nieszczepionych) czyli 54·6%, umarło zaś 67 osób (26 szczep. i 41 nieszczep.) czyli 12%, pozostało w leczeniu 190 osób, z tych 133 szczepionych i 57 nieszczepionych.

Lwów d. 15 stycznia 1886. *Dr. Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,8. Z odry umarło 1 (2 z. t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 3 (1 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z zapalenia płuc 8 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 9ciu przypadkach odry, 3 płonicy, 1 błonicy. W tygodniu od 27 grudnia do 2 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 4, w Pradze i Rzymie po 5, w Budapeszcie 9, w Wiedniu 16, w Berlinie 1, w Paryżu 4, w Zurychu i Londynie po 1, w Liwerpolu 2. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie i Rzymie po 1. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 8, w Hamburgu 7, w Paryżu 28, w Londynie 17. Z odry umarło w Budapeszcie 38, w Londynie 94, w Paryżu 21. Z płonicy umarło w Berlinie 9, w Hamburgu 8. Z błonicy umarło w Warszawie 20, w Berlinie 36, we Wrocławiu 11, w Dreźnie 7, w Hamburgu 12, w Amsterdamie 10, w Chrystyjanii 11, w Londynie 47, w Paryżu 46.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 grudnia 1885 do 2 stycznia 1886 umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 18,3; w Warszawie 30,8; w Pradze 34,5; w Budapeszcie 34,7; w Wiedniu 25,5; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Hamburgu 25,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 27,4; w Bazylei 27,9; w Brukseli 26,6; w Kopenhadze 22,3; w Londynie 26,5; w Odesie 34,5; w Paryżu 23,8; w Rzymie 26,9; w Stokholmie 19,2; w Zurychu 20,9.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. odbyła się dyskusyja nad podaną na przeszłém posiedzeniu przez prof. Obalińskiego metodą podniesienia nosa zapadniętego; w dyskusyi téj wzięli udział proff. Mikulicz i Obaliński. Następnie Drowie Rosner Jan i Prus mieli odczyty zapowiedziane; po pierwszym zabrał głos w dyskusyi doc. Jordan, ostatni zaś objaśniony był preparatami mikroskopowemi.

* Na przedstawienie Wydziału lek. Wydział krajowy zamianował członkami komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza prof. Mikulicza i doc. Jordana.

* W skutek zaproszenia prof. Wróblewskiego członkowie Tow. lekarskiego krak. zbiorą się do 27 bm. we środę o godzinie 6éj popołudniu w sali wykładowéj fizyki przy ulicy św. Anny.

* **Praga czeska** d. 18 stycznia Dzisiaj odbyło się walne zgromadzenie „Spolku lek. česk.“ Przeprowadzono wybory zarządu na rok bieżący. Rezultat tychże jest następujący: prof. Hlava przewodniczący, prof. Maixner zastępca tegoż. Członkowie wydziału: Docent Dr. Thomayer, Dr. Nečas, Dr. Rubeška, Dr. Deyl. Referenci z posiedzeń: Dr. Pečirka, Dr. Souček, Dr. Bláha. Rewidenci: Dr. Hechl, Dr. Ryba.

Z wniosków ważniejszemi były: Wniosek Dra Thomayera jednogłośnie przyjęty, aby drogą subskrypcyi utworzyć fundusz przeznaczony na nagradzanie prac naukowych medyków. Na założenie tego funduszu uchwaliło walne zebranie kwotę 200 złr. ze swojéj kasy. Bliższe warunki prac zasługujących na nagrodę, ich treść i inne szczegóły zarząd przedłoży w swoim czasie.

Wreszcie demonstrował prof. Steffal mężczyznę w kwiecie wieku, ślusarza z ogromną hypertrofiją wszystkich mięśni. Uderzającém było, że prawie każdy mięsień był widoczny przez skórę. Z całą dokładnością można było widzieć punkty wyjścia każdego mięśnia i miejsca przyczepiania się. Przypadek ten ciekawym jest pod względem plastycznym zewnętrznéj budowy ludzkiéj.

Dr. Obrzut.

* **Francyja**. Pod przewodnictwem prof. Petera zawiązał się w Paryżu komitet, mający obmyślać i zbierać środki celem wystawienia w m. Tours pomnika dla uczczenia pamięci Drów Bretonneau, Trousseau i Velpeau.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachium**. Na uniwersytet uczęszcza w półroczu bieżącém 2865 uczniów, na wydział lekarski przypada 1067 (523 Bawarów i 538 obcych). — **Dorpat**. Na 1704 studentów przypada obecnie 716 na wydział lekarski.

* **Odznaczenia**. Proff. Gegenbauer w Heidelbergu i His w Lipsku wybrani zostali członkami koresp. Akademii Umiejętności w Petersburgu. — Prof. anatomii w Hali Dr. Welcker otrzymał charakter tajnego radzcy lek.

* **Wiadomości osobowe**. Starszymi lekarzami w rezerwie mianowani zostali: Drowie Tadeusz Józefczyk, Erazm Kryszkowski i Jan Gęślak; lekarzem starszym w armii czynnéj Dr. Józef Madejski; przeniesieni zaś zostali do obrony krajowéj dotychczasowi starsi lekarze w rezerwie: Drowie Julijusz Bandrowski, Edward Pietrzykowski, Ferdynand Eichhorn, Kazimierz Szymkiewicz, Władysław Stupnicki, Karol Iwański oraz Eugeni Mitkiewicz.

* **Nekrologija**. Z *Gazety Lekarskiéj* dowiadujemy się, że śp. Dr. Teodor Anders umarł po kilkogodzinnéj zaledwie chorobie. Urodził on się w Warszawie d. 7 stycznia 1857, a w r. 1878 uzyskał stopień lekarza. Powołany do służby wojskowéj był zrazu lekarzem w szpitalu ujazdowskim, a następnie przez rok w Odesie. W roku zeszłym mianowany został p. o. ordynatora w szpitalu św. Łazarza. Ogłosił on: w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* rzecz o działaniu kwasu chryzofanowego w łuszczycy i o działaniu kw. pyrogalusowego; w *Gazecie Lekarskiéj* o kw. salicylowym jako środku poronnym w leczeniu szankrów miękkich, a w księdze pamiątkowéj Hoyera: O wiewiórze zgorzelinowym. Cześć pamięci młodego pracownika!

We Wiedniu umarł po krótkiéj chorobie pedyjatra Dr. Fanto w 48 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Mikulicza: Przyczynek do operacyi wola (dok.); Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.); w Nrze 3: Jasińskiego: Leczenie skolijozy. Przyczynek do chirurgii kręgosłupa; Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 3: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.).

Walne Zgromadzenie Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego odbędzie się we Lwowie dnia 20 lutego r. b. o godzinie 10 przed południem.

Rada Zawiadowcza rozesłała do wszystkich sekcyj Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego projekt memoryjału, jaki lekarze Galicyi mają zamiar wnieść do JEksc. p Ministra sprawiedliwości w sprawie polepszenia wynagrodzenia za czynności sądowolekarskie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L Blumenstok.**



APPAREIL COMPRESSIF de A. BESLIER

40 rue des Blancs Manteaux PARYŻ.

Dla radykalnego leczenia przepukliny pępkowéj u dzieci i u starszych.
Pojedynczy, wygodny, łatwy do zastósowania niedolegający a zastępujący wszelkie paski. Składa się z nałożonych kółek sparadrap à la glu Besliera.

Mały model . . . . (Nr. 1) dla dzieci średnica ½ ctm.
Duży model . . . (Nr. 2) dla dzieci średnica 9½ ctm.
Model lepszy . . . (Nr. 3) dla dorosłych średnica 12 ctm.
Duży model lepszy (Nr. 4) dla dorosłych średnica 15½ ctm.

Próbki rozsela się na żądanie pocztą bezpłatnie lekarzom francuskim i zagranicznym.

PROSZEK MIĘSNY

wyrabia z czystego mięsa wołowego i jako nader pożywny środek dla chorych i rekonwalescentów poleca:

Apteka pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie.

Cena słoika 50 ct. — Dla pp. lekarzy i aptekarzy rabat.

PASTILLES GÉRAUDEL

Z CZYSTĄ SMOŁĄ NORWEGSKĄ

Działające przez wdychanie i pochłanianie w chorobach kanałów oddechowych : Krtani, Płuc, Piersi.

PASTILLES GÉRAUDEL MARQUE DÉPOSÉE

PRZECIW

NIEZYTOM, KASZLOWI NERWOWEMU ZAPALENIU OPLUCNEJ CIERPIENIOM KRTANI, CHRYPCE KATAROM, I. T. P.

PASTILLES GÉRAUDEL MARQUE DÉPOSÉE

Wszyscy lekarze zalecają używanie **PASTYLEK GÉRAUDEL'A.** *a potępiają używanie środków przygotowywanych ze smołą w formach nierozpuszczalnych, zmuszających do ich połykania, jako to : cukierki, kapsułki, pigułki i perełki smołowe. To samo odnosi się od Syropów i t. p.*

(Wreszcie aby to dobrze zrozumieć, wypada zwrócić, uwagę na wyjaśnienie znajdujące się obok figury anatomicznej poniżej zamieszczonej.)

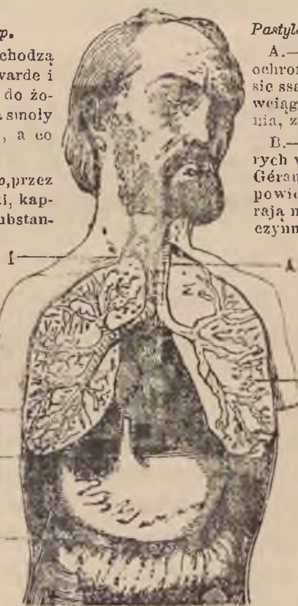
WADY I NIEDOGODNOŚCI

Cukierków, Kapsułek smołowych i t. p.

1.— *Kanał pokarmowy*, przez który przechodzą cukierki, kapsułki i perełki smołowe twarde i nierozpuszczalne w ustach, dostają się do żołądka jako pokarm, a najmniejsza cząstka smoły nie wchodzi do kanałów oddechowych, a co właśnie było ich przeznaczeniem.

2.— *Krańcowy otwór kanału pokarmowego*, przez który przedostają się do żołądka cukierki, kapsułki i perełki smołowe, obciążając go substancyami galaretowatymi i ocukrowanymi : gumą, glukozą i. t. p., sprowadzają tratę apetytu, choroby żoładkowe, dolegliwości gastryczne i t. p.

3. — *Kiszka*, w ktorej rozwijają się w dalszym ciągu przypadłości spowodowane przez cukierki, kapsułki i perełki smołowe w wysokim stopniu niesprawne, sprowadzają nareszcie ciężkie choroby : *Zapalenie kiszek, owrzodzenie, zatwardzenie albo uporczywe rozwolnienie*, i t. p., a to z powodu substancyi narkotycznych w ich skład wchodzących, to jest : opium, soli z opium, morfiny, kodeiny, a których używanie stanowczo potępionem zostało przez wszystkich lekarzy jako szkodliwe i niebezpieczne.



ZALETY

Pastylek smołowych Géraudel'a działających na.

A.— *Kanały oddechowe*, przez które wyziewy ochronne i lecznicze smoły wytworzone w czasie ssania Pastylek Géraudel'a, koniecznie są wciągnione i pochłonięte za pomocą oddychania, zanim się do płuc dostaną.

B.— Na *Komorki i pęcherzyki płucowe*, do których wyziewy smoły wytworzone z Pastylek Géraudel'a wchodzą za każdem wciągnieniem powietrza, zgęszczają się naturalnie i wywierają na nie natychmiast ich działanie dobroczynne.

Na mocy powyższych wskazówek można sobie łatwo zdać sprawę z naturalnego działania Pastylek Géraudel'a, ocenionych przez jeden z najpoważniejszych organów medycznych we Francyi w następujący sposób :

„ *P. Géraudel wynalazł środek prosty i praktyczny dostania się smoły aż do skrajnych rozgałęzień kanałów oddechowych w atomach nadzwyczaj subtelnych i cienkich, zmieszanych z innymi substancyami pomocniczymi w dobroczynnem działaniu, odrzucając wszelkie substancye narkotyczne.*

„ *W tych warunkach, działanie smoły jest do tego stopnia nagłem i natychmiastowem, że po użyciu nawet kilku* PASTYLEK GÉRAUDEL'A *napady kaszlu konwulsyjnego niezwłocznie ustępują.* Dr DELMIS.

(*Gazette des Hôpitaux*, 22 List 1883 r.)

PASTYLKI GÉRAUDEL'A *są niezbędne dla każdego, kto utrudza głos zbytecznie, dla tych ktorzy pracują na otwartem powietrzu i są wystawieni na zmiany atmosferyczne, dla tych również co są zmuszeni podczas ich zajęć do połykania kurzu lub wyziewów drażniących : Robotników zakładów fabrycznych, Młynarzy, Furmanów, Śpiewaków, Aktorów, Mówców, Kaznodziei, Adwokatów, Profesorów, Nauczycieli, Urzędników drog żelaznych, i t. p., i t. p., a którym mogą one jak najskuteczniej zastąpić wszelkiego rodzaju odwar z rożnych ziołek.*

Więcej jak sto tysięcy osób wylecza się corocznie Pastylkami Géraudel'a, a p. Géraudel posiada więcej jak 40.000 listów dziękczynnych i zaświadczeń.

Pastylki Géraudel'a są jedynemi pastylkami smołwemi jakie otrzymały nagrodę przyznaną przez sędziów na wystawie międzynarodowej powszechnej w Paryżu 1878 roku. Wypróbowane w skutek rozporządzenia ministeryalnego i orzeczenia Komitetu lekarskiego; upoważnione w Rossyi przez Rząd na mocy orzeczenia Komitetu lekarskiego.

Pudełko zawierające 72 Pastylki wraz z wskazówkami o ich użyciu, kosztuje : we Francyi **1** *fr.* **50**, *a za granicami Francyi z dodaniem kosztów cła i przesyłki we wszystkich aptekach.*

(WYMAGAĆ MARKĘ FABRYCZNĄ ZŁOŻONĄ WŁAŚCIWEJ WŁADZY)

A. GÉRAUDEL, aptekarz w Sainte-Menehould (Francya).

Na żądanie wysyła się bezpłatnie i franco 6 pastylek na próbę.

W Krakowie w aptekach PP. Traneczyńskiego, Redyka i Wiszniewskiego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.